

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

178

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 mars 1895, à 1 heure

Par LOUIS BOTTIAU

Né à Cambrai, le 16 avril 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

MÉTHODIQUEMENT RAPIDE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges MM. BROUARDEL, professeur.
BUDIN, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

178

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0025

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 mars 1895, à 1 heure

Par LOUIS BOTTIAU

Né à Cambrai, le 16 avril 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ
MÉTHODIQUEMENT RAPIDE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. } BROUARDEL, professeur.
BUDIN, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	N. LATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

MÉTHODIQUEMENT RAPIDE

INTRODUCTION

L'idée du présent travail nous a été suggérée par M. Démelin, chef de clinique de la Faculté, à l'occasion d'une intervention dont nous fûmes témoin, intervention rapportée dans l'observation n. 3, nécessitée par des accidents gravido-cardiaques, et dont le résultat, eu égard aux difficultés liées à l'état du col, fait honneur à M. Démelin, ainsi que l'a dit M. le professeur Tarnier, dans la leçon clinique qu'il a faite en mars 1894, au sujet de cette observation.

Il arrive parfois, en clinique obstétricale, de se trouver en présence de quelques cas graves, où la conservation de la vie de la mère et de l'enfant est uniquement sous la dépendance de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle on provoque l'accouchement. C'est ce qui se produit, par exemple, dans les cas d'éclampsie : une femme enceinte, arrivée au sixième, septième ou huitième mois de sa grossesse, devient albuminurique, sans s'en douter, à peine a-t-elle quelques maux de tête, quelques brouillards devant les yeux, mais ces symptômes du début sont si peu manifestes qu'elle ne s'en préoccupe nullement. Bientôt cependant des œdèmes ne tardent pas à faire leur apparition à la figure, sur les organes génitaux externes, aux extrémités inférieures ; tout peut se borner à cela, surtout si la femme vient consulter et est soumise à un régime approprié. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et on voit parfois survenir très brusquement ces accès convulsifs si intenses, si graves, à la suite desquels la femme peut succomber.

L'accoucheur est appelé, et trouve la femme en proie à une forte dyspnée, avec un pouls irrégulier, fréquent, filiforme. Les accès se précipitant, le praticien essaie tous les moyens thérapeutiques que lui suggère son expérience, et ne tarde pas à s'apercevoir que ses efforts médicaux sont impuissants et que la situation de la mère s'aggrave aussi bien que celle du fœtus. La femme va succomber. Une indication formelle s'impose, c'est de vider le plus rapidement possible la cavité utérine. A quel procédé allons-nous avoir recours ? La grossesse n'est pas à terme ; le col a presque toute sa longueur, ou bien encore il s'agit d'une

primipare. C'est alors qu'il faut faire un choix parmi les moyens proposés pour provoquer l'accouchement.

Ce qui se présente dans les cas d'albuminurie, d'éclampsie, peut aussi arriver chez des femmes enceintes atteintes de cardiopathies, lorsque s'aggravent les symptômes cardiaques; chez des femmes atteintes d'affections de l'appareil respiratoire, de maladies infectieuses, lorsque les phénomènes généraux prennent rapidement une grande intensité, dans les cas de placenta prævia, etc.

Du côté du fœtus, les causes qui déterminent son état de souffrance caractérisé par l'issue du liquide amniotique teinté de méconium, et les modifications des bruits du cœur persistant dans l'intervalle des contractions utérines, peuvent également décider l'accoucheur à intervenir.

Quelle conduite tenir dans ces diverses circonstances?

D'aucuns, partisans de l'accouchement forcé, opinent pour une action résolument militante; d'autres limitent l'intervention à un ou plusieurs des cas précités.

Il y a également divergence d'opinions sur les moyens à employer et sur ce qu'on doit en attendre.

Nous nous proposons dans la présente étude de rassembler les avis des principaux auteurs qui se sont occupés de ce point de dystocie; nous le rapporterons dans l'ordre chronologique au chapitre historique.

Dans un deuxième chapitre, nous nous occuperons des indications: nous y discuterons la valeur des raisons émises en faveur de l'expectation ou de la mise en œuvre

des moyens propres à provoquer ou à accélérer la dilatation du col utérin.

Dans un troisième chapitre, réservé au manuel opératoire, nous décrirons les instruments utilisés, dans l'accouchement provoqué accéléré, et, après en avoir donné le mode d'emploi, nous déterminerons leurs indications, en nous basant sur leur mode d'action, leurs inconvénients et les conditions dans lesquelles on a à intervenir.

En dernier lieu nous chercherons à établir quels sont les résultats que nous sommes en droit d'attendre des moyens préconisés et nous en tirerons les conclusions qui nous paraissent répondre le mieux aux données du problème que nous avons posé.

Arrivé aux termes de nos études, nous nous sentons l'impérieux devoir d'adresser à nos maîtres dans les hôpitaux : MM. Lannelongue, Reclus, Jalaguier, Brun, Nélaton, Léon Labbé, Terrier, Michaux, Duguet, l'expression de notre gratitude pour leur bienveillance et les conseils qu'ils nous ont prodigués pendant notre passage dans les hôpitaux.

Nous avons été également l'élève de Dujardin-Beaumetz à la mémoire duquel nous adressons un respectueux souvenir.

Nous devons exprimer particulièrement notre reconnaissance à MM. les professeurs Tarnier et Pinard qui ont fait notre éducation obstétricale pendant ces deux dernières années et nous ont appris à connaître et à aimer cette partie importante de notre art.

Nos respectueux hommages, avec nos sincères remerciements, à Mme Henry, sage-femme en chef de la

Maternité, pour le bienveillant accueil qu'elle nous a fait ainsi que pour ses précieuses communications.

Nous n'aurons garde d'oublier M. Maygrier, accoucheur à la Pitié, à qui nous sommes redevable d'une très intéressante observation avec les commentaires qu'elle comportait.

Que M. le Dr Démelin, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, reçoive également nos sincères remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a indiqué les sources auxquelles nous pouvions puiser et pour la sympathie qu'il nous a toujours montrée.

Que M. le professeur Tarnier, qui a daigné accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici le témoignage public de notre profonde gratitude et de notre entier dévouement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Si nous voulions rapporter dans un historique complet l'opinion de tous les auteurs qui se sont occupés de la question de l'accouchement prématuré provoqué, de l'accouchement accéléré méthodiquement rapide, et de l'accouchement forcé, nous aurions à citer presque tous les noms de l'obstétrique française et étrangère, car il n'est pas d'auteur ayant fait des accouchements qui ne se soit trouvé en présence d'un cas analogue à ceux auxquels nous faisons allusion dans notre introduction. Il nous faudrait donc passer en revue tous les traitements préconisés, dans le cas de *placenta prævia*, d'éclampsie, d'affection cardiaque, etc. Pareille tâche serait au-dessus de nos forces et il faudrait un temps fort long, une compétence toute spéciale pour mener à bien une semblable entreprise. Aussi notre tâche sera-t-elle plus modeste; nous voulons dans notre historique rappeler autant que possible, dans l'ordre chronologique, l'opinion

des principaux auteurs qui se sont occupés du mode d'intervention que nous avons en vue. Mais au préalable nous tenons à bien déterminer ce que nous entendons par *accouchement méthodiquement rapide*, comme l'a si judicieusement appelé le professeur Tarnier, dans la leçon à laquelle nous avons déjà fait allusion.

Nous entendons par accouchement méthodiquement rapide, l'accouchement accéléré provoqué, pratiqué de parti pris, dans des cas déterminés (que nous verrons aux indications), soit chez des femmes agonisantes, soit chez des femmes mortes, soit pour sauver le fœtus : accouchement accéléré que nous provoquerons, soit à l'aide de la main, soit à l'aide d'instruments que nous décrirons plus loin.

Cet accouchement « *accéléré se distingue de l'accouchement forcé, en ce que les manœuvres qui le produisent ne lèsent pas les organes génitaux de la mère, et restent par conséquent inoffensives, ou tout au moins compatibles avec la guérison complète* » (*Guide pratique des sciences médicales*, 1892, page 278).

Nous n'aurons donc pas en vue l'*accouchement forcé*, rejeté du reste par la majeure partie des auteurs.

C'est à *Guillemeau* (1574) et à *Louise Bourgeois* (1619), qu'il semble falloir faire remonter l'idée première d'introduire de vive force la main dans la matrice pour terminer l'accouchement dans les hémorrhagies utérines graves des derniers mois de la grossesse, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

Voici comment *Guillemeau* s'exprime à ce sujet : « Si

le dict arrière-faict est peu ou beaucoup avancé, (après avoir bien situé la mère), il sera remis et repoussé le plus diligemment que faire se pourra : et si la teste de l'enfant se présente, elle sera conduite au couronnement pour aider à l'accouchement naturel. Mais que la dite teste ne se puisse en tost avancer ou que la mère ou l'enfant, ou que tous deux ensemble soient débiles, prévoyant que l'accouchement soit long, sans faute le plus expédient sera de chercher les pieds de l'enfant et le tirer par iceux. »

Telle est aussi l'opinion de Louise Bourgeois qui dans son livre intitulé : *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruit, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz*, etc., s'exprime ainsi au chapitre V :

« Il y a un accident où il faut promptement accoucher une femme à quelque terme que ce soit pour conserver sa vie. C'est quand elle a une perte de sang demesurée dont elle tombe en faiblesse ; le plus tost que l'on peut il la faut boucher, d'autant que l'air attire le sang, lui donner ce que l'on peut pour luy faire reprendre ses esprits, pour supporter l'accouchement ; mais il ne faut procéder d'aucun remède par la bouche ny clistères, d'autant qu'ils exciteraient la perte davantage. Mais il faut venir à l'*extraction de l'enfant avec la main ; la faiblesse relasche les ligaments du col de la matrice*, tellement qu'elle s'ouvre autant que si la femme avait grand nombre de douleurs : mais les eaux ne se trouvant formées, il faut rompre les membranes qui environnent l'enfant ainsi que l'on ferait d'une porte pour sauver une maison du feu

et tirer l'enfant par les pieds, c'est le moyen de sauver la mère et de donner le baptême à l'enfant. »

Nous croyons que ces deux auteurs ne se préoccupent que de la perte de sang; due à l'insertion vicieuse du placenta, ils parlent bien de l'urgence qu'il y a à extraire le plus rapidement possible le produit de conception, mais, dans ce seul cas particulier, et en réalité, ils pratiquent l'accouchement forcé.

Suivis dans cette voie par Mauriceau, Lamotte, Viardel, Peu, Dionis, Deventer, Levret, etc., cette pratique a été presque complètement abandonnée de nos jours.

A côté de l'accouchement forcé, nous devons signaler comme autre procédé d'accouchement accéléré, la rupture des membranes, avec dilatation lente et progressive, signalée par *Puzos* (1759).

Assurément *Puzos* n'est pas le premier qui ait fait mention de ce procédé opératoire, et avant lui *Mauriceau*, *Deventer*, *Wessel*, etc., y avaient eu recours; mais c'est à lui que revient l'honneur de l'avoir décrit d'une façon méthodique : « *Il faut, dit-il, introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force proportionnés à sa résistance. Cet écartement gradué interrompu par du repos, fait naître les douleurs, met la matrice en action, et l'un et l'autre font gonfler les membranes, qui contiennent les eaux de l'enfant. L'attention pour lors doit être d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut, pour procurer l'écoulement des eaux, parce que leur écoulement diminue déjà l'écartement de la matrice et lui permet de se contracter davantage. Les efforts et les*

douleurs secondés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice pour l'écarter réussissent pour l'ordinaire, et font avancer l'enfant; et l'on a presque toujours la satisfaction de sauver la vie à la mère et à l'enfant, qu'ils auraient infailliblement perdue par l'accouchement naturel, et qu'ils auraient extrêmement risqué par l'accouchement forcé. »

Malgré l'opposition de *Leroux* de Dijon, (1776) qui le premier préconise le tamponnement, de *Gardien*, la méthode de la rupture des membranes fut acceptée par nombre d'auteurs parmi lesquels nous pouvons citer *Portal*, *Baudelocque*, *Smellie*, *Mme La Chapelle*: et parmi les auteurs plus rapprochés de nous *Stolz*, *Paul Dubois Depaul*, *Pajot*, qui acceptèrent la méthode, sauf certains points dans le détail desquels nous n'avons pas à entrer ici. Enfin, puisque nous parlons en ce moment de l'accouchement accéléré dans le cas de placenta prævia, signalons encore comme mode de traitement, l'accouchement provoqué à l'aide des différents dilateurs et ballons (*Ballon de Barnes*, de *Chassagny*), et sur lesquels nous reviendrons du reste plus loin. Signalons encore la méthode de *Braxton-Hicks*, version bi-polaire, pour les détails de laquelle nous renverrons à la thèse de *Laskine* (1890) ; la méthode de *Simpson*, ou arrachement du placenta indiqué déjà par *Portal*, préconisée par *Trichinetti*, *Chapmann*, mais surtout défendue par *Simpson*. Enfin signalons encore l'expression de *Kristeller*, et la version par manœuvres externes, qui n'est que le premier stade de l'opération qu'on tentera ultérieurement.

Tous ces différents procédés, que nous avons dû passer

en revue, car ils se rapprochent de notre sujet, ont autant pour but l'arrêt de l'hémorrhagie que la provocation du travail et ce n'est que par extension et pour être complet que nous devons les signaler dans notre étude sur l'accouchement méthodiquement rapide.

Mais ce n'est pas seulement par l'hémorrhagie ainsi que nous le verrons plus loin aux indications de l'accouchement accéléré, que la vie de la femme ou de l'enfant peut être mise en danger, une foule d'autres circonstances peuvent mettre l'accoucheur dans l'obligation d'agir le plus rapidement possible.

Pour Jacquemier (1846), ces cas sont assez rares, cependant lorsque l'état de la malade est désespéré, lorsque la femme est à l'agonie, on doit se hâter de proposer le moyen, « *qui offre seul encore des chances de salut* ». Dans l'éclampsie, dans les affections cardiaques, dans la phtisie pulmonaire, lorsque la femme est agonisante, ou même morte, que doit-on faire ? Doit-on lorsque l'enfant est encore vivant pratiquer la césarienne ou recourir à l'accouchement par les voies naturelles ? Voyons ce que disent à ce sujet les principaux auteurs.

C'est Schenk, qui le premier en 1665 proposa de substituer *post mortem* l'accouchement par les voies naturelles à l'opération césarienne ; mais son mémoire est resté oublié, et ce n'est qu'en 1745 qu'un médecin militaire de Douai, Rigau^deau, mit en pratique le procédé préconisé par Schenk. Voici le résumé de l'observation de Rigau^deau, telle qu'elle a été rapportée dans sa leçon par le professeur Tarnier.

« A cette époque (1745), Rigau^deau est appelé dans

« un village non loin de Douai pour voir une femme qui
« avait des convulsions. A son arrivée, on lui dit que
« la femme était morte. Il l'examine avec soin, s'assure
« minutieusement qu'il n'y a plus aucun signe de vie. A
« ce moment on n'auscultait pas encore ; il ne put donc
« rechercher si l'enfant était mort ou vivant. Mais en
« pratiquant le toucher il trouve une dilatation presque
« complète, alors l'idée lui vient de faire l'accouchement,
« et ils parvient à extraire un enfant de belle appa-
« rence, mais inanimé. On le frictionne vigoureusement
« avec de l'eau-de-vie, on l'entoure de linges chauds ; on
« ne disposait alors que de ces moyens peu efficaces.
« Voyant tous ses soins inutiles, Rigaudeau s'en va pren-
« dre un peu de repos. Mais quel n'est pas son étonne-
« ment, quand on vient lui dire beaucoup plus tard que
« l'enfant a fait un petit mouvement des lèvres. Il accourt
« et peut le ranimer. Quelques heures après, on vient le
« prévenir que la femme, qu'il avait crue morte, était
« ressuscitée (Tarnier. *Loc. citato*).

L'observation de Rigaudeau eut un certain retentisse-
ment, et en 1796, Baudelocque conseillait de substituer à
l'opération césarienne *post mortem* l'accouchement par
les voies naturelles, lorsque le col était dilaté ou dilatable.
Telle est aussi l'opinion de Capuron (1811) Gardien
(1824), Velpeau (1835), etc.

Mais ainsi que le voulait Baudelocque, on ne devait
recourir à l'accouchement accéléré par les voies natu-
relles, substitué à l'opération césarienne *post-mortem* que
lorsque le travail était commencé, le col étant dilaté ou
dilatable.

Duparque le premier, en 1823, proposa de faire l'accouchement forcé dans le cas de mort de la mère, le travail n'étant pas commencé, le col ayant conservé toute sa longueur.

Costa, en 1827, pousse plus loin les choses, il demande à l'Académie de Médecine : « S'il n'y a pas lieu de terminer l'accouchement toutes les fois que la grossesse est compliquée d'une maladie qui menace prochainement la vie de la mère, en supposant que le fœtus soit viable » (Charpentier. *Tr. d'acc.*, tome II, p. 326).

En 1832, *Heymann*, dans un travail publié à Coblençe sur l'accouchement chez les mortes, défend la pratique de Duparque, mais c'est surtout à *Rizzoli* que revient l'honneur d'avoir préconisé cette méthode dans un mémoire très important intitulé : « *De l'accouchement artificiel instantané par les voies naturelles, en remplacement de l'opération césarienne, chez les femmes mourantes ou décédées dans un état de grossesse avancée* ». *Rizzoli* conseille d'une façon absolue l'accouchement forcé, alors même que le col n'est ni dilaté ni dilatable ; il va même jusqu'à conseiller, si cela est nécessaire, de pratiquer le débridement pour permettre l'introduction de la main et l'extraction du fœtus.

Accepté avec enthousiasme en Italie (ce qui a fait donner à ce procédé opératoire, le nom de *méthode de Rizzoli* ou *méthode italienne*), l'accouchement forcé chez les agonisantes ne fut accepté qu'avec de grandes réserves en France et en Allemagne. C'est ainsi que *Siebold*, *Nœgele*, *Velpeau*, *Chailly*, *Cazeaux*, partisans jusqu'à un certain point de l'extraction du fœtus dans le cas où le

travail est commencé, s'en tiennent à l'opération césarienne chez les agonisantes, lorsque le col n'est ni dilaté, ni dilatable.

En Italie, au contraire, les observations se multiplient. C'est ainsi que *Pellegrini Giuseppe*, en 1844, rapporte deux observations d'accouchement forcé, au cours de l'apoplexie cérébrale qui furent suivies d'un plein succès. Puis ce sont les observations de *Golinelli* (1843 et 1861), *Rivani* (1850), *Talinucci*, et cela chez des femmes agonisantes, soit par suite de maladies de cœur, d'éclampsie, d'hémorrhagie cérébrale, etc.

Esterle, dans un mémoire publié en 1861, rapporte quatre cas, avec quatre enfants vivants, chez des femmes mortes ; aussi se montre-t-il un défenseur ardent de ce procédé.

Les années suivantes voient encore, en Italie, surgir un certain nombre d'observations de ce genre, et en 1863, *Belluzzi* attire l'attention sur ce fait que pour que la méthode réussisse, il faut que le bassin soit normal. Dans un cas de rétrécissement du bassin, en effet, après avoir tenté l'accouchement par les voies naturelles, il dut en revenir à la césarienne et l'enfant succomba.

En France, malgré de nouvelles observations de Duparque, Devilliers, l'accouchement forcé chez des agonisantes ne rencontrait que peu d'adhérents, cependant en 1861, le professeur Depaul conseillait l'accouchement par les voies naturelles, de préférence à la césarienne, alors même qu'on serait obligé de recourir à l'accouchement forcé ; il ajoute que dans les cas où on ne pourrait pas

dilater suffisamment le col, il faudrait avoir recours au débridement.

Nous voyons que dans toutes ces circonstances, c'est presque toujours à l'accouchement forcé qu'on a eu recours, c'est ce qui explique peut-être comment ce *modus faciendi* n'a pas eu tout le succès qu'il aurait pu avoir, étant donné que la presque totalité des accoucheurs redoutent, à juste titre, l'accouchement forcé.

En 1873, *Aveling* (*London obst. transact.*, p. 240), rapporte 44 cas d'enfants nés spontanément après la mort de leur mère, et en 1877, *Reimann*, dans les *Arch. für gynæk.* rapporte 64 cas analogues; comme dans un certain nombre d'entre eux les enfants étaient nés vivants, ces deux auteurs concluent qu'il faut essayer l'extraction par les voies naturelles de préférence à la césarienne chez les mortes.

De nouveaux travaux de Belluzzi, de Heymann, Hyernau sur cette question, viennent s'ajouter à ceux que nous avons déjà cités et en 1878, le Dr Thévenot dans un mémoire fort intéressant publié dans les *Ann. de gynécologie*, rapporte 15 cas d'accouchement forcé ou provoqué. Voici du reste comment cet auteur s'exprime, dans son travail intitulé : « *De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne* : »

« Les accoucheurs italiens sont même allés plus loin
« puisqu'ils ont conseillé de faire l'accouchement forcé
« pendant l'agonie. Ce sont surtout Giuseppe, Pellagrini,
« Esterlè, Belluzzi, Goetano Moretti, qui attirèrent l'atten-
« tion sur cette intervention délicate. Il existe 15 cas d'ac-

« couchement forcé ou provoqué pendant l'agonie, treize
« fois les enfants naquirent vivants.

« Au point de vue clinique il est très important de
« savoir quels sont les troubles morbides auxquels suc-
« combèrent les mères et qui font courir à l'enfant le plus
« de risques. Il semble que dans la phthisie pulmonaire,
« les congestions et les hémorrhagies cérébrales, l'empoi-
« sonnement par l'oxyde de carbone, l'enfant conserve pen-
« dant les heures d'agonie de la mère une vitalité suffi-
« sante pour qu'on puisse espérer l'extraire vivant; il
« semble, au contraire, que les pyrexies, la pneumonie,
« le rhumatisme articulaire aigu, compromettent beau-
« coup plus rapidement la vie du fœtus. Il faudrait donc
« dans ces circonstances intervenir plus tôt. Même pour
« la mère la terminaison peut-être favorable. En tout cas
« elle ne précipite pas la mort, même elle a paru dans cer-
« tains cas amener une amélioration notable. Enfin détail
« important la délivrance n'a pas été suivie d'hémorrhagie.

« Au point de vue légal cette intervention a aussi une
« grande importance, car si l'on n'est pas autorisé à faire
« l'opération césarienne parce que le diagnostic de l'ago-
« nie est difficile comme celui de la mort apparente, on
« peut par l'accouchement forcé sauvegarder la vie de
« l'enfant autrement presque fatalement compromise. Dans
« ces cas les parents ne pourront jamais intenter au mè-
« decin un procès d'homicide involontaire ».

En résumé, voici les résultats auxquels arrive Thève-
not :

*15 accouchements forcés pratiqués chez des femmes
agonisantes.*

13 enfants sont nés vivants, mais 6 seulement ont survécu.

5 mères ont été sauvées.

3 ont été soulagées.

Aussi Thévenot conclut-il qu'il FAUT pratiquer l'accouchement forcé chez les femmes agonisantes dans l'intérêt de la mère et dans l'intérêt de l'enfant. De plus il déclare que ce mode d'intervention n'est pas dangereux, car chez les femmes ayant succombé les lésions utérines trouvées à l'autopsie étaient insignifiantes.

Depuis de nouveaux faits sont encore venus se joindre à ceux que nous avons rapportés et ajouter leur témoignage en faveur de l'accouchement provoqué chez les agonisantes. C'est ainsi que parmi les contemporains *Mangia-galli* (*Sur les modifications les plus récentes dans la section césarienne*. Milan, 1884), *Korsch* et *Koppe*, dans deux mémoires parus successivement dans le *Centralblatt f. gynæk.* en 1886 et 1887 se déclarent partisans de ce procédé.

Voici comment *Charpentier* s'exprime à ce sujet dans son *Traité d'accouchement* : « *De l'avis de tous les accoucheurs l'accouchement forcé est une opération désastreuse et qui ne doit être employé que comme ressource ultime.*

« *Nous croyons donc qu'il faut être très réservé sur cette pratique et en ce qui a trait à l'éclampsie en particulier, nous rejetons cette manière de faire.*

« *Quant aux autres indications, phtisie, affections du cœur, etc., nous les acceptons volontiers, tout en recommandant de ne pas agir trop tôt, pour ne pas*

« augmenter par une hâte trop grande le dénouement
« fatal.

« La femme morte, faire l'opération césarienne ou
« intervenir par les voies naturelles, au choix de
« l'accoucheur. »

Charpentier. *Traité d'acc.* 1890, t. II, p. 926 et 927.

Auvard admet l'accouchement accéléré, à titre exceptionnel, pendant la vie de la femme, mais le préfère à l'opération césarienne si la femme a succombé.

Enfin en 1892, Dührsen se montre résolument partisan de l'accouchement forcé, même dans l'éclampsie.

L'éclampsie dit Dührsen, cesse dans 93.75 0/0 des cas où l'on évacue l'utérus.

La mortalité est moins considérable quand on intervient que lorsqu'on laisse l'accouchement se faire spontanément : aussi l'évacuation de l'utérus est-elle indiquée à tous les stades de la grossesse.

La terminaison rapide de l'accouchement, par la méthode des incisions du col et du périnée, a permis à Dührsen d'extraire 80 enfants sur 100. Quant à la mère, sa vie n'est pas plus en danger par l'accouchement forcé que par l'accouchement spontané (*Arch. f. gyn.* Bd. XLII et XLIII, 1892).

La même année 1892, presque à la même époque, ont paru deux mémoires sur l'accouchement forcé, l'un en Italie, de M. Rosario Vitanza, l'autre en France de M. Varnier, dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*.

Rosario Vitanza préconise l'accouchement forcé chez les agonisantes à l'aide de petites incisions sur le col,

lorsque la dilatation n'est pas suffisante pour permettre l'introduction de la main; il rapporte 17 observations et conclut en disant que l'accouchement forcé chez des agonisantes est une méthode d'origine italienne.

Que ce mode d'intervention est de beaucoup préférable à l'opération césarienne soit chez les mortes, soit chez les agonisantes.

Que dans certains cas, ainsi que le prouvent plusieurs de ses observations, en agissant rapidement, on a pu voir des femmes revenir à la vie.

Enfin qu'on ne doit réserver l'opération césarienne *ante-mortem* que pour des cas tout à fait exceptionnels.

Quant à M. *Varnier*, il rejette d'une façon absolue l'accouchement forcé, pour n'admettre que l'accouchement provoqué accéléré à l'aide du ballon de Champetier de Ribes, à l'exclusion de tout autre procédé.

Ribemont et Lepage (Traité d'accouchement) disent qu'il y a intérêt à provoquer l'accouchement lorsque l'éclampsie survient chez une femme dont l'albumine a résisté au régime lacté :

« C'est là du reste un fait exceptionnel, aussi dans la discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de Médecine à propos d'un mémoire de *Charpentier* sur le traitement de l'éclampsie, tous les orateurs, *Guéniot, Tarnier, Pinard*, ont été d'avis, qu'en règle générale, chez la femme éclamptique il ne fallait recourir ni à l'accouchement provoqué, ni à l'accouchement forcé. »

Cette opinion, vraie en thèse générale, comporte néanmoins des exceptions, ainsi que l'a fait ressortir *Demelin*

dans un article de la *Revue générale de clinique et thérapeutique* (1893).

Enfin dans sa leçon, publiée dans la *Gazette médicale*, du 17 mars 1894, leçon à laquelle nous avons déjà fait de nombreux emprunts, après avoir rapporté un grand nombre de faits, après avoir discuté avec sa haute compétence les indications de l'accouchement méthodiquement rapide, le professeur Tarnier s'exprime en ces termes : « Ces résultats nous imposent donc de pratiquer
« l'accouchement chez des femmes à l'agonie par les
« voies génitales et de ne pas attendre la mort de la
« mère pour faire l'opération césarienne. Il faut toute
« fois que l'agonie soit réelle, et c'est là un diagnostic
« qu'il est souvent difficile d'établir avec certitude. »

CHAPITRE II

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ MÉTHODIQUEMENT RAPIDE. SES INDICATIONS ET SES CONTRE-INDICATIONS.

Nous avons vu que si les auteurs, à peu d'exception près, sont tous d'accord pour l'intervention dans les cas où la femme est morte ou agonisante, il en est loin d'être de même au sujet de l'intervention. Est-ce à l'opération césarienne, est-ce à l'accouchement forcé, est-ce à l'accouchement accéléré, méthodiquement rapide, que nous aurons recours ?

Remarquons dès le début que nous aurons un certain nombre de cas à distinguer.

Supposons tout d'abord que la femme soit morte. Notre premier soin devra être de nous assurer que la parturiente a réellement succombé. Sans vouloir rappeler ici les signes de la mort, sans vouloir rappeler les observations où des femmes crues mortes sont revenues à la vie, nous savons combien il peut être parfois difficile de diagnostiquer la mort réelle. Tout dernièrement encore, dans

ses leçons de médecine légale, faites à la Morgue, le professeur Brouardel insistait tout particulièrement sur les difficultés que le médecin pouvait rencontrer dans ces circonstances.

Supposons la femme morte depuis un certain temps, de telle sorte que le doute n'est plus possible, notre préoccupation devra se reporter exclusivement sur l'enfant. S'il est vivant, nous devons intervenir, et intervenir le plus rapidement possible. L'embarras n'est pas très grand si en arrivant nous entendons les bruits du cœur; mais dans les cas douteux, et ce sont les plus fréquents, qu'allons-nous faire? Là du reste, se pose cette question non encore résolue de savoir combien de temps peut vivre un enfant après la mort de sa mère. Du reste ce problème est fort difficile à résoudre, car la durée de la survie du fœtus varie avec les causes de la mort de la mère: si celle-ci a succombé à la suite d'une longue maladie, le plus souvent son enfant est mort avant elle. Si, au contraire, elle succombe accidentellement, l'enfant lui survivra un certain temps. Pour le professeur Depaul cette survie dure en moyenne de 20 à 30 minutes; suivant les différents auteurs, elle peut varier de quelques minutes à 2, 3 heures, même 4 heures (Villeneuve de Marseille). Quoiqu'il en soit, s'il est dûment constaté que la mère a succombé, il n'y a pas à hésiter: On examine si le col est suffisamment dilaté ou dilatable, et s'il ne l'est pas il faut sans tarder pratiquer l'opération césarienne.

Le problème est beaucoup plus complexe lorsqu'au lieu de se trouver en présence d'une femme, chez laquelle on a pu diagnostiquer la mort avec certitude, on se

trouve en face d'un de ces cas, beaucoup plus fréquents (on pourrait même presque dire, que c'est là la règle) où la mère vient de succomber au moment de l'arrivée du médecin, et où il est si difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer la mort. Quelle sera notre conduite?

Deux cas peuvent se présenter, ou bien le travail d'accouchement est déjà commencé, ou bien la femme a succombé sans qu'aucun phénomène de régression ou de dilatation se soit produit du côté du col.

Si le col est en voie d'effacement, si la dilatation est commencée, le doute n'est pas permis, et les auteurs sont d'accord à ce sujet, il faut intervenir par les voies naturelles. Chez la femme morte depuis peu, ou agonisante, les tissus sont souples et permettent le plus souvent, surtout chez la multipare, l'introduction de la main. Après s'être soigneusement désinfecté, on introduit la main dans le vagin et on tente la dilatation manuelle. Si ce procédé échoue, il faut sans tarder avoir recours, soit au dilatateur de Tarnier, soit à un ballon. Il n'y a que des avantages à agir ainsi; l'action est prompte, et permet d'extraire sans grande difficulté le fœtus; cette pratique est supérieure à la césarienne à plus d'un point de vue. En effet, elle demande moins de préparatifs est d'une application plus facile, et si par hasard la femme n'avait pas succombé elle pourrait résister plus facilement au traumatisme de l'accouchement accéléré, qu'à la section césarienne. En ce qui concerne l'accouchement forcé, nous l'écarterons également et pour les mêmes raisons, eu égard au traumatisme qu'il provoque.

Examinons maintenant le deuxième cas dans lesquels le travail d'accouchement n'est pas commencé, le col n'est ni dilaté ni dilatable.

C'est là, ainsi que nous l'avons vu en étudiant l'histoire, que les auteurs sont loin d'être d'accord. D'aucuns pratiquant la méthode de Rizzoli, se montrent résolument partisans de l'accouchement forcé ou accéléré, d'autres se prononcent nettement en faveur de la césarienne. On comprend qu'autrefois où l'arsenal destiné à provoquer l'accouchement, était des plus rudimentaires, certains auteurs aient penché vers la césarienne. Mais actuellement où nous disposons d'un arsenal beaucoup plus perfectionné, nous croyons que c'est à l'accouchement par les voies naturelles qu'il faut donner la préférence. Là encore, c'est à l'accouchement méthodiquement rapide que nous aurons recours, de façon à ne pas brusquer les choses, tout en allant suffisamment vite. Chez la multipare, si la dilatation manuelle échoue, on pourra d'emblée introduire un ballon de Champetier de Ribes; chez la primipare où l'introduction du ballon est le plus souvent impossible, il pourra être indiqué dès commencera la dilatation par un petit ballon de Tarnier, mais ce sera exceptionnel, vu la flaccidité des tissus que l'on rencontre dans le cas où la parturiente est agonisante ou a succombé.

Nous venons d'examiner le cas où la femme est morte, ou du moins est si près de mourir qu'on peut presque la considérer comme déjà morte, quoique le médecin doive toujours avoir présents à l'esprit ces cas de résurrections

exceptionnels qui se sont produits à la suite d'une évacuation rapide et méthodique de l'utérus.

Occupons-nous maintenant des circonstances les plus fréquentes dans lesquelles l'accoucheur peut être appelé à pratiquer l'accouchement rapide. Si la femme n'a pas succombé, un autre problème vient s'ajouter au précédent, l'intérêt de l'enfant n'est plus seul en jeu ; mais un intérêt d'une importance bien plus considérable, celui de la mère, vient dominer la scène. Nous parlions tout à l'heure des cas dans lesquels la femme est agonisante, mais comme l'a fait déjà autrefois remarqué judicieusement Thévenot, où commence l'agonie ? Entre la mort et la santé, il peut exister une chaîne ininterrompue ; et les observations auxquelles nous faisons allusion tout à l'heure, dans lesquelles on a vu des femmes agonisantes revenir à elles à la suite de l'intervention, doivent nous inviter à une grande circonspection.

Nous aurons donc, dans l'accouchement méthodiquement rapide, à considérer deux classes d'indications bien nettes :

D'une part l'intérêt de la mère.

D'autre part l'intérêt de l'enfant.

Occupons-nous d'abord des *indications maternelles*.

Du côté de la mère, dit Demelin, nous devons intervenir toutes les fois que « *des accidents graves peuvent être enrayés par l'évacuation de l'utérus* ». Quels peuvent être ces accidents ?

Varnier, dans son article sur l'accouchement forcé, les range sous trois chefs :

1° Les *hémorrhagies* massives par décollement préma-

turé du placenta, normalement ou vicieusement inséré :

2° *L'éclampsie* ;

3° *L'asphyxie* quelle que soit sa cause (urémie, accidents gravido-cardiaques, etc.).

Pour ce qui concerne l'hémorrhagie grave, nous avons passé en revue à notre historique tous les différents moyens, tampons, injections chaudes, rupture des membranes, accouchement forcé, qui ont été préconisés par les différents auteurs, et nous croyons que chacun de ces moyens peuvent avoir leurs indications spéciales. Tout dépend du reste de l'état dans lequel se trouve la femme au moment où l'accoucheur est appelé. Si elle est en travail il peut y avoir intérêt à terminer rapidement l'accouchement, et dans ce cas, croyons-nous, c'est au ballon de Champetier que nous devons donner la préférence, car outre son action dilatatrice et excitatrice sur le col, il jouera en outre le rôle de tampon et pourra arrêter l'hémorrhagie.

Dans le cas où la femme n'est pas en travail, le col n'étant ni dilaté, ni effacé, devons-nous encore dans ce cas provoquer l'accouchement? Nous ne le croyons pas. Dans ces circonstances le mieux sera de recourir à un des procédés indiqués ci-dessus, tamponnement, rupture des membranes, et tout en soutenant, bien entendu, l'état général de la femme par des toniques, des injections de sérum, etc., quitte à hâter l'accouchement lorsque le travail se sera déclaré spontanément.

En ce qui concerne *l'éclampsie*, nous aurons toujours, comme dans les cas précédents, deux cas à distinguer ou bien la femme est en travail ou bien elle ne l'est pas.

Disons à ce propos, et avant d'entrer dans la discussion de l'éclampsie, qu'en ce qui concerne l'albuminurie gravidique, sans crises convulsives, il ne faut en aucune façon avoir recours à aucun mode d'intervention, mais se contenter de soumettre la femme à un régime sévère.

On a préconisé une série de traitements de l'éclampsie, sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre ici et pour lesquels nous renvoyons aux traités d'accouchement; ces différents modes de traitement peuvent avoir leurs indications spéciales, desquelles nous n'avons pas à nous occuper. Deux cas avons-nous dit, peuvent se présenter ou bien la femme est en travail ou elle ne l'est pas.

Premier cas. — La femme est en travail, le col est suffisamment dilatable. Toutes les fois qu'on pourra sans violence, intervenir et évacuer l'utérus, nous croyons qu'il y aura intérêt à le faire, sans préjudice des autres moyens chloral, chloroforme, etc., qui peuvent être employés simultanément.

Mais on devra agir avec une grande circonspection car on sait que dans nombre de circonstances, chez des femmes particulièrement irritables, un simple toucher, un simple examen, peut réveiller des crises.

A plus forte raison devra-t-on agir avec de grandes précautions, lorsque le travail sera à peine commencé, et lorsque le col sera simplement en voie d'effacement, dans ces circonstances, c'est seulement alors que tous les autres moyens médicaux ont échoué, que l'on devra avoir recours à l'accouchement méthodiquement rapide, surtout si *l'enfant est vivant*.

Deuxième cas. — Le col n'est ni dilaté, ni dilatable,

en un mot le travail n'est pas commencé. Dans ce cas nombre d'auteurs et en particulier Dührsen, se montrent partisans résolus d'une intervention hâtive, et sans hésiter cet auteur pratique l'accouchement forcé.

D'autres auteurs parmi lesquels nous devons citer : P. Dubois, Pajot, Depaul, Müller, Charpentier, Tarnier, Pinard, rejettent la plupart du temps toute intervention. Cependant comme l'a dit, dans sa leçon le professeur Tarnier, lorsque tous les moyens médicaux ont échoué, il est des circonstances où on peut et même on est en droit d'intervenir. La femme va succomber, elle a des accès successifs, et dans l'intervalle elle est dans le coma, ni la saignée, ni les purgatifs, ni le chloroforme, ni le chloral, n'ont donné de résultats. Doit-on rester inactif : évidemment non, il faut intervenir et intervenir rapidement.

Cependant ce n'est pas à l'accouchement forcé que nous aurons recours, eu égard aux dangers, au traumatisme qu'il fait subir à la femme, c'est à l'accouchement accéléré. Si nous sommes en présence d'une multipare nous tenterons la dilatation manuelle, et si nous échouons nous aurons recours au ballon ou au dilatateur. Chez la primipare, s'il nous est impossible d'introduire d'emblée le ballon de Champetier, nous commencerons par introduire le petit ballon de Tarnier, quitte à le remplacer le plus rapidement possible, soit par le ballon de Champetier, soit par le dilatateur. Enfin dès que le col sera suffisamment dilatable, il n'y a pas à hésiter, il faut terminer, soit par une application de forceps, soit par une version. Il n'en résultera pas toujours malheureusement la fin immédiate des accès ; car dans un certain nombre de

circonstances on a vu des crises d'éclampsie se continuer, même après la délivrance. Néanmoins on aura fait son devoir, et de plus on pourra avoir la satisfaction d'avoir un enfant vivant.

En ce qui concerne l'axphyxie, quel qu'en soit du reste la cause, tous ces auteurs sont à peu près d'accord pour intervenir ; si du moins bien entendu, il est impossible d'y remédier d'une façon plus simple. C'est ainsi que Varnier dans son mémoire rapporte un cas de grossesse gémellaire dans lequel l'axphyxie chez la femme était liée à un excès de liquide dans le second œuf.

La ponction pratiquée par le professeur Pinard soulagé la femme et lui permit de mener sa grossesse à bonne fin.

Mais ce qui domine la scène dans ces cas d'asphyxie chez la femme enceinte, ce sont les accidents gravidocardiaques et pulmonaires.

On sait combien la grossesse peut avoir une influence désastreuse sur les affections cardiaques. Aussi M. Peter avait-il été jusqu'à dire qu'il fallait défendre le mariage à une cardiopathe, et si elle était mariée, lui conseiller de ne pas avoir d'enfant. Cette rigueur est peut-être un peu excessive, d'autant plus que le médecin n'est pas toujours consulté.

Néanmoins, on devra toujours surveiller avec grand soin les grossesses chez les femmes atteintes d'affections cardiaques. Si des phénomènes d'asphyxie, d'asystolie, venaient à se produire, à la suite d'une fatigue, d'une émotion, d'une bronchite, quelle serait la conduite à tenir ? Là, comme dans l'éclampsie, deux cas à considérer. Si la

femme est en travail, il n'y a pas à hésiter, tous les auteurs sont d'accord, il faut terminer l'accouchement le plus rapidement possible, dans l'intérêt de la mère et dans l'intérêt de l'enfant.

Si au contraire la parturiente n'est pas en travail, doit-on provoquer l'accouchement rapide. Evidemment oui, si les accidents que présente la femme sont de nature à compromettre son existence, et plus l'on sera proche du terme de la grossesse plus cette intervention sera légitime, car alors on aura chance, non-seulement de sauver la femme, mais encore d'avoir un enfant vivant.

La question devient plus délicate, lorsque la femme atteinte d'une affection cardiaque est prise de phénomènes graves, sans début de travail dans les premiers mois de la grossesse, doit-on provoquer l'avortement ?

Il est certain que là, comme toujours en obstétrique, les intérêts de la mère doivent passer avant ceux de l'enfant, mais provoquer un avortement est toujours un acte grave, et avant de s'y résoudre, il faut, croyons-nous, avoir épuisé toutes les ressources thérapeutiques que l'on pourra mettre en usage dans de pareilles circonstances ; ce sera donc de la part de l'accoucheur, une question de tact de déterminer à quel moment précis il faudra intervenir dans l'intérêt de la mère.

Ce que nous venons de dire au sujet des maladies du cœur peut se répéter également au point de vue des affections de l'appareil respiratoire. Toutes les fois que la vie de la femme sera compromise par des accidents dyspnéiques graves vers la fin de la grossesse, si elle est en travail il y aura lieu d'intervenir le plus rapidement possible,

car l'évacuation rapide de l'utérus pourra parfois amener une amélioration notable. De plus, comme nous avons supposé que la femme avait dépassé le sixième mois de sa grossesse, il y aura lieu d'espérer que nous pourrions avoir dans quelques circonstances un enfant qui survivra.

C'est particulièrement en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire que le problème est intéressant à étudier.

Les anciens auteurs (Cullen, Bordeu, Duges, etc.) croyaient que la grossesse avait une influence favorable sur la tuberculose et en arrêtait le développement. On en est revenu de cette opinion, et la majorité des auteurs admettent, à l'heure actuelle, que loin d'améliorer les femmes tuberculeuses, la grossesse est une cause d'affaiblissement, qui le plus souvent semble donner un coup de fouet à leurs lésions. C'est pourquoi, ainsi que nous le disions plus haut, si une femme tuberculeuse est prise de phénomènes asphyxiques graves, si elle est en travail, il y a indication formelle à terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

Si la femme n'est pas en travail, que doit-on faire ? Voici comment MM. Tarnier et Budin s'expriment à ce sujet :

« Si, chez une femme phtisique, arrivée à une époque
« de la grossesse où le fœtus est viable, on voit que la
« mort va survenir, ne pourrait-on provoquer l'accouchement prématuré ? Cette opération a été pratiquée par
« Stehberger et Léopold. L'utilité d'une intervention est
« fort douteuse en pareil cas. Elle ne pourra pour la mère,
« dont elle trouble les derniers jours, que retarder la terminaison fatale, et encore ce résultat n'est-il pas assuré.

« Quant à l'enfant, son existence est souvent compromise
« lorsqu'il naît d'une phtisique aussi avancée.

« En s'en tenant à l'expectation, si la mère mourait
« sans être accouchée, on aurait la ressource de l'opéra-
« tion césarienne ou de l'accouchement forcé *post mor-*
« *tem* ; faire naître l'enfant plus tôt par l'accouchement
« prématuré serait augmenter bien peu les chances qu'il
« a de survivre. » (Tarnier et Budin, *Traité d'accouche-*
ments. P. 91).

En ce qui concerne les autres affections de l'appareil respiratoire (Pleurésie, pneumonie, etc.), outre que le plus souvent elles prédisposent à l'avortement, il n'y a, croyons-nous, d'indication formelle à intervenir que si la femme est dans un état tel qu'il y a lieu de terminer l'accouchement rapidement dans l'espoir d'avoir un enfant vivant, et alors nous rentrons dans le cas des femmes agonisantes dont nous nous sommes déjà occupé. Dans ces circonstances, nous ne saurions trop le répéter, c'est croyons-nous à l'accouchement accéléré que nous aurons recours pour les raisons indiquées plus haut.

Enfin, il est encore une circonstance où l'accouchement accéléré nous semble indiqué : c'est la suivante. Sous l'effet de causes que nous n'avons pas à rechercher ici, un fœtus succombe dans la cavité utérine ; la poche des eaux se rompt ; le travail ne se déclare pas.

Il y a, croyons-nous, intérêt à intervenir assez rapidement. Si la poche des eaux n'était pas rompue, le fœtus mort et macéré, contenu dans la cavité close, n'aurait aucune chance de s'infecter et l'on pourrait attendre, mais dans le cas qui nous occupe, il n'en est plus de même :

L'œuf est ouvert, il y a large communication entre l'utérus et le vagin, et si la femme ne prend pas des précautions antiseptiques rigoureuses il y a lieu de redouter l'infection. Dans ce cas on ne devra pas hésiter, et si la femme n'entre pas spontanément en travail, il y aura lieu d'intervenir par l'accouchement rapide, avant que des phénomènes septiques n'aient eu le temps de se déclarer.

Nous venons de passer en revue les principales indications maternelles de l'accouchement méthodiquement rapide, car c'est à dessein que nous avons laissé de côté toutes ces affections locales de l'utérus, du vagin, qui auraient pu donner lieu à une thérapeutique spéciale. Quant aux *indications fœtales*, nous avons déjà vu la principale en nous occupant de l'accouchement méthodiquement rapide chez des mortes et chez des agonisantes ; il ne nous reste plus qu'un cas à considérer.

La femme est bien portante, mais sous l'effet d'une cause quelconque l'enfant souffre, nous nous en apercevons à ce que les bruits du cœur sont altérés dans leur rythme, dans leur activité ; si la poche des eaux est rompue, il y a issue de méconium.

Quelle sera notre conduite ? Tout d'abord il faudra rechercher la cause de la souffrance du fœtus, et voir si nous pouvons y remédier. S'il y a procubitus ou procidence du cordon, il faudra tâcher de les réduire. Mais si nous ne réussissons pas, il ne faudra pas attendre trop longtemps, et il faudra provoquer l'accouchement méthodiquement rapide à l'aide d'un des procédés que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'ACCOUCHEMENT MÉTHODIQUEMENT RAPIDE

Nous avons vu dans le chapitre précédent quelles étaient les circonstances dans lesquelles on pourrait être amené à pratiquer l'accouchement provoqué méthodiquement rapide. Nous nous proposons maintenant de voir quels sont ces principaux moyens employés pour mener à bien cette intervention.

Nous n'avons nullement l'intention de passer en revue tous les différents procédés mis en usage pour provoquer l'accouchement; cela nous entraînerait trop loin, et du reste n'entrerait pas en réalité dans notre sujet.

Nous allons étudier les différents procédés destinés à accélérer le travail déjà commencé, à le provoquer rapidement, sans cependant produire des lésions des organes génitaux de la femme, susceptibles de donner naissance à des désordres ultérieurs. En terminant nous dirons cependant un mot des incisions de Dührsen, quoiqu'elles aient

trait à l'accouchement forcé plutôt qu'à l'accouchement accéléré, car nous avons vu que dans le cas d'accouchement *post-mortem* on pourrait être amené à se servir parfois de ce mode d'intervention.

Dilatation manuelle.

Le premier moyen qui se présente à l'accoucheur est la dilatation manuelle. « C'est l'introduction forcée d'un doigt, puis de deux, puis de trois, de cinq, enfin de la main tout entière. Avec du temps, de la patience, et en agissant prudemment, on arrive parfois à vaincre la résistance du col, à le forcer pour ainsi dire, sans le déchirer » (Maygrier, *Leçons de clinique obstétricale*, 1893).

Ce procédé, des plus simples, est parfois douloureux pour la femme et pénible pour l'accoucheur ; il est très précieux cependant lorsqu'on n'a pas sous la main l'un des instruments que nous allons décrire.

Ballon de Champetier de Ribes.

En 1888, M. Champetier eut l'idée d'employer un ballon dilateur plus gros que celui de Barnes, à parois résistantes et inextensibles. Le ballon qui porte son nom, construit en tissu de soie très mince et très fort, rendu imperméable par une couche de caoutchouc, a lorsqu'il

est gonflé, la forme d'une pomme d'arrosoir dont la base regarde le fond de l'utérus et dont le sommet de plus en plus rétréci en forme de cône, se termine par un téton creux muni d'un robinet. Le diamètre maximum de ce ballon est de 10 centimètres.

Avant d'introduire cet appareil, il faut le nettoyer, le tremper dans la solution phéniquée forte, le jauger et le purger complètement de liquide et d'air. Puis on roule le ballon suivant sa longueur, en forme de cigare, et on le saisit entre les mors longs, étroits et courbés sur le champ d'une pince spéciale, analogue à un petit forceps. Le tout a la forme d'un fuseau, dont la circonférence maxima ne dépasse pas 7 centimètres ; une abondante couche de vaseline en facilite l'introduction.

Les voies génitales de la femme sont désinfectées ; celle-ci est en situation obstétricale, chloroformisée au besoin. La main est introduite doucement dans le vagin, l'index, puis l'index et le médus pénètrent dans le col, au-delà de l'orifice interne, décollant les membranes avec précaution. Puis l'appareil est introduit sur les deux doigts comme guides, très lentement, à 10 ou 11 centimètres dans l'utérus.

Les doigts sont retirés, la pince est déclanchée. On injecte une certaine quantité de liquide aseptique dans le ballon, on retire la pince, et l'on achève de remplir le ballon. Il est cependant préférable de ne pas distendre complètement ce dernier, laissant de la place pour quelque 100 grammes de liquide : lorsque la dilatation est assez avancée, on achève la distension du sac. Dans les bassins rétrécis, en effet, le ballon complètement gonflé peut être

retenu au-dessus du détroit supérieur, et ne pas appuyer sur le segment inférieur. Dans toutes ces manœuvres, il est très important de ménager religieusement les membranes ; aller très doucement, et n'agir que dans l'intervalle des contractions.

Une fois introduit l'appareil exerce sur le col, outre une distension mécanique, une excitation intense, portant sur tous les points de sa circonférence, telle que l'utérus le plus tolérant réagit, et se contracte énergiquement pour chasser le corps étranger. Le col se dilate, laisse passer le ballon, qui est bientôt accouché, dilatant la vulve. Le passage est tout frayé pour le fœtus : le ballon a joué le même rôle que le premier enfant dans le cas d'accouchement gémellaire.

Simplicité, régularité de l'action dilatatrice sur le col, oblitération de celui-ci, dilatation accessoire de la vulve, innocuité pour la mère, tels sont les avantages du ballon de Champetier. Mais cet instrument est loin d'être parfait.

D'abord, il est d'une application difficile pour l'accoucheur, et douloureuse pour la femme. Le volume et l'irrégularité de surface du ballon nécessitent un col facilement dilatable, et chez certaines primipares l'introduction en est impossible. La présence de la main dans le vagin est la plupart du temps nécessaire pour porter le ballon suffisamment haut.

Quelles que soient les précautions prises pour éviter la rupture des membranes, cet accident se produit quelquefois, assez fréquemment même, puisque Pinard l'a noté quatre fois sur 40 cas, Champetier deux fois sur 18, et

Grenet (1) une fois sur huit observations. Le ballon, il est vrai, empêche par son volume et sa forme régulière l'écoulement de la plus grande partie du liquide amniotique, et de plus il agit pour dilater le col comme agit la poche des eaux, et même mieux, grâce à sa forme conique. Mais la rupture des membranes ne laisse pas que de mettre le fœtus dans des conditions moins bonnes, surtout si l'on a plus tard à pratiquer une version.

Tout en ménageant les membranes, il est possible que l'on décolle le placenta, lorsque celui-ci est inséré sur le segment inférieur. Nous n'en connaissons pas de cas. Mais, dit M. Pinard « si un décollement du placenta se produisait, le remède par le gonflement du ballon serait immédiatement opposé au mal ». Et même dans les hémorrhagies au cours du travail, il serait fort logique d'appliquer un ballon de Champetier en guise de tampon : c'est du reste ce que préconisent M. Champetier, M. Bonnaire, et ce que MM. Pinard, Budin, Maygrier, ont fait avec succès.

Le ballon une fois gonflé, augmente la tension dans l'intérieur de l'utérus; c'est à cela que M. Champetier lui-même attribue le travail très douloureux qui suit l'application de l'appareil. Les accidents gravidocardiaques, lorsqu'ils existent, ne semblent cependant pas être influencés par cette conséquence du gonflement.

Autrement sérieux est le déplacement, le refoulement de la présentation fœtale produit par le ballon. C'est peut-être le plus gros reproche fait à l'instrument. Et cet

1. Greuet. Thèse de Paris, 1894.

accident est fréquent, puisque M. Pinard, sur 40 cas, eut 15 sommets seulement, 6 sièges et fut obligé de pratiquer la version dans 7 autres cas. M. Champetier eut 8 sièges contre 9 sommets. « Si la présentation s'écartait de l'aire du détroit supérieur, dit M. Champetier, il serait toujours aisé de l'y ramener. » Cette manœuvre, de même que la version par manœuvres internes et externes, est loin d'être aussi facile que le dit M. Champetier, surtout lorsque la poche des eaux est rompue et que les contractions utérines sont fortes et rapprochées, et nous avons vu qu'il en est souvent ainsi. Le refoulement de la présentation n'est favorable que dans les cas où l'on veut pratiquer la version de propos délibéré.

Enfin, une fois le ballon expulsé, la procidence du cordon ou d'un membre peut se produire, et se produit assez fréquemment, puisque M. Champetier l'a vu trois fois sur 18 cas, et M. Greuet (1) une fois sur 8. « En somme, dit M. Champetier, l'enfant se trouve placé dans les mêmes conditions que dans les accouchements gémellaires; il a tous les avantages de la situation; par contre, il en supporte en partie les inconvénients ».

Ballon de M. Boissard.

A côté du ballon de Champetier, nous signalerons le ballon de M. Boissard, qui, grâce à sa forme en fond d'artichaut, la base étant excavée, a la prétention de ne point repousser la partie fœtale qui se présente.

1. Greuet. *Loc. cit.*

Ecarteur du professeur Tarnier.

Tout autres sont les dilateurs métalliques. Nous ne décrivons pas le spéculum dilateur dont parle Guillemeau (1), les appareils de Osiander, Busch, Hierneaux, etc.

Nous décrivons l'écarteur de M. le professeur Tarnier, le seul employé actuellement, qui peut rendre de très grands services pour la dilatation rapide du col.

Cet instrument se compose de deux branches métalliques, s'articulant en leur milieu par une mortaise et un pivot. Chacune étant courbée à angle obtus en son milieu et s'articulant en ce point avec l'autre, deux extrémités homologues de l'instrument s'écartent d'autant plus que les autres se rapprochent davantage. Les premières ont la forme d'une ailette large de 20 millimètres, coudée à angle obtus et mousse sur la tige qui le porte. Les bords de chaque ailette sont arrondis, la face externe qui répond à l'utérus est convexe, l'autre est concave. L'autre extrémité de chaque branche est recourbée en crochet, dont la gorge est tournée en dehors. Un anneau de caoutchouc étant passé d'un de ces crochets à l'autre, tend à les rapprocher, et par conséquent à écarter l'une de l'autre des extrémités utérines et à dilater le col. « Les anneaux de caoutchouc, dit M. Tarnier, sont destinés à exercer une force de faible intensité et par conséquent inoffen-

1. Guillemeau. *De la grossesse et accouchements des femmes*, 1621.

sive, mais très efficace à cause de l'égalité et de la continuité de son action ». L'articulation de l'instrument est disposée de façon à pouvoir recevoir une troisième branche, dont la disposition et l'action sont les mêmes, mais qu'on emploie très rarement.

Pour appliquer l'instrument, la femme est placée en situation obstétricale, les organes génitaux, l'instrument et les mains de l'opérateur sont désinfectés. L'index et le médium de la main droite sont introduits dans le col, décollent les membranes avec prudence. La branche à mortaise de l'écarteur est introduite doucement, de façon que l'aillette dépasse l'orifice interne et que sa face externe s'applique bien sur la face interne de l'utérus. Les doigts déjà introduits servent de guide, l'aillette glissant entre leur face palmaire et la paroi utérine. La seconde branche est introduite de la même façon, superposée à la première (M^{me} Henry, Bonnaire), puis par un mouvement de rotation, est placée dans une position symétrique de l'autre côté de l'orifice cervical.

Il faut opérer avec beaucoup de douceur dans l'intervalle des contractions utérines, pour ne pas rompre les membranes. L'articulation se fait facilement; puis après s'être assuré que l'instrument est bien appliqué, on passe d'un crochet à l'autre un certain nombre d'anneaux de caoutchouc, nombre variable suivant qu'on veut produire, soit une simple excitation du col, soit une dilatation vraiment active.

C'est qu'en effet l'écarteur Tarnier, outre l'action mécanique qui saute aux yeux à première vue, a comme tous les corps étrangers mis en contact avec l'utérus, une

action excitatrice des contractions de cet organe, d'où le nom d'excitateur que M. Bonnaire avait proposé de lui donner. La manière dont il agit est donc la même que pour le ballon de Champetier, avec une action mécanique directe plus forte cependant.

Il a aussi quelques-uns des inconvénients du ballon. On ne l'introduit que difficilement lorsque le col n'est pas suffisamment perméable, lorsqu'il est dévié, très élevé ou caché derrière la symphyse, lorsqu'il y a excès de tension et saillie de la poche des eaux, lorsque la présentation fœtale est engagée dans l'orifice cervical. La rupture des membranes, le décollement du placenta peuvent aussi être produits par cet instrument, mais toutes ces difficultés, tous ces inconvénients sont beaucoup moins accentués qu'avec le ballon de Champetier. Mais le gros avantage de l'écarteur est de ne pas repousser la partie fœtale qui se présente, d'en favoriser au contraire l'engagement.

Incisions du col.

Une quatrième méthode peut être employée pour frayer rapidement un passage au fœtus à travers le col : elle consiste à inciser celui-ci, soit aux ciseaux, soit au bistouri boutonné. Les uns emploient des incisions multiples, mais peu profondes, faites sur tout le pourtour de l'orifice du col (P. Dubois, R. Vitanza). Les autres, avec Dührsen, font une incision de chaque côté du col et du segment inférieur, formant ainsi deux valves, l'une antérieure,

l'autre postérieure, qu'ils suturent l'une à l'autre après la délivrance. Cette méthode est peu employée en France, elle a été condamnée par M. Maygrier dans une de ses leçons. On lui reproche principalement d'exposer à des hémorrhagies graves et à des déchirures de l'utérus. Cependant ces incisions latérales peuvent être faites assez profondément sans intéresser de vaisseaux, sans donner lieu à des hémorrhagies notables, que la suture de la plaie arrêterait du reste facilement. Aussi peuvent-elles être employées, croyons-nous, mais seulement dans quelques cas tout à fait exceptionnels d'accouchement forcé *post-mortem*.

Indications des différentes méthodes.

En présence de ces différents moyens d'obtenir rapidement un orifice suffisant pour le passage du fœtus, lequel devra-t-on choisir ? Chacun a ses inconvénients et ses avantages particuliers, chacun a donc ses indications.

Si la présentation est vicieuse, ou s'il y a une procidence quelconque, si l'on veut pratiquer la version, il n'y a qu'avantage à repousser la partie fœtale qui se présente : employons donc le ballon de Champetier. De même, s'il y a une hémorrhagie sérieuse. Cela ressort des développements dans lesquels nous sommes entré plus haut.

Si le col est rigide, si la dilatation manuelle, le ballon, l'écarteur, ont échoué, on pourrait dans quelques cas exceptionnels, faire de chaque côté du col, avec précau-

tion, les incisions d'après la méthode de Dührsen, que nous suturerons exactement aussitôt après la délivrance.

Mais ces cas sont tout à fait exceptionnels, et dans la majorité des cas c'est à l'écarteur de M. Tarnier que nous aurons recours. Son application facile, son action sûre, rapide, facile à graduer, son innocuité, en font l'instrument de choix.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation de L. Bourgeois.

Je l'ay fait pratiquer par consentement et en la présence de feu M. le Fébure, médecin, et de M. le Moine et M. de l'Isle aussi médecin fort doctes d'autant que j'avais veu que ces pertes-là sont causes tout à coup de la mort de la mère et de l'enfant, cela fut fait en la femme d'un Conseiller de la Court du Parlement, laquelle était grosse de six mois, son enfant vécut deux jours, elle a porté d'autres enfants depuis, les médecins reconnurent que si l'on eust différé une heure d'avantage, la mère et l'enfant estoyent morts : M. le Fébure récite cette pratique-là aux écoles de médecine et dit qu'en tel cas il conseilloit aux assistans d'y procéder de mesme, veu qu'il avoit veu mourir d'honnestes femmes, faute de l'avoir faicte. Environ un an après je fus appelée pour voir la femme d'un frippier de la place Maubert laquelle n'avait pas eu une perte sis à coup, elle fut quatre ou cinq jours, comme elle vit qu'elle n'en pouvait plus, elle m'envoya prier de l'aller voir. Je la trouvai en une sueur froide, le poux d'une personne qui se mouroit, j'envoyai quérir un chirurgien pour esviter le blasme, et pour oster le regret de la laisser

mourir sans l'accoucher en diligence, lequel l'accoucha fort doucement, elle mourut un quart d'heure après, estant ouverte, il ne put pas trouver en son corps une goutte de sang, si elle eust esté secourue en temps l'on l'eust sauvée, sa sage femme lui disoit qu'il fallait laisser faire nature et qu'elle en avoit eu autresfois de mesmes. Je n'entends pas que si tost qu'une femme a une perte de sang que l'on y procède de cette façon-là, mais il faut veiller sur elle comme le chat fait à la souris, et faire la guerre au doigt et à l'œil; il se trouve bien des femmes qui ont leur mois sur leur grossesse pourveu que cela ne dure guère et que ce ne soit en petite quantité, il ne faut pas venir à ce remède, mais ceux ou celles qui sont appelés, en doivent prendre le soing, et en sortir avec honneur. D'autant que les malades, ne cognoissant la conséquence de leur mal, le néglige.

J'ay veu peu de femmes qui ayent eu perte de sang sur leur grossesse ne soyent accouchées avant terme, et plus souvent enfans morts que vivans, pour les mères de pertes semblables à celle dont je viens de parler en mourut feuë Mlle d'Aubray, femme de M. d'Aubray, qui a esté prevost des marchands, aussi en est morte Mme la duchessè de Montbazon et tant d'autres, moy connoissant que le flux de sang n'est entretenu que par la grossesse, l'ayant veu cessé sitost que la femme est accouchée j'ay mis cette pratique en avant, laquelle j'ay cogneu trop tard à mon gré, pour la conservation de celles que j'ay nommées, encore qu'elles n'ayant esté servies de moy, mais si la pratique en eust esté plus tost en usage, elles fussent encore vivantes au contentement de leurs familles.

Il se voit des femmes qui estant subjectes à de grands fluxions, lesquelles prennent leur cours le long de l'espine du dos, viennent à passer par la matrice, aux unes elle se mele parmy le sang qui va nourrir l'enfant, qui le rend chétif et mal nourry, dont s'ensuit à plusieurs accouchements avant terme, sans avoir

grande perte auparavant : aux autres elle s'escoule dans la matrice, à l'entour des membranes, où lict où il est envelopé que nous appellons hydropisie de matrice, telles femmes ont souvent pertes quelquefois d'eau. A d'autres elle fort teinte de sang ; c'est en quoy il ne se faut pas tromper, n'y prendre cela pour une perte de sang : les femmes en sont soulagées et qui voudroit restreindre ce flux-là, l'on les feroit suffoquer, cela est un bénéfice de nature, qui se cognoist aux linges, car estant sec cela est tout pasle, telle perte vient sans effort, ny blessure, ce que ne fait celle du sang pur, sinon à celles qui sont si sanguines qu'elles en regorgent tellement qu'il sort tout pur sans aucun subject, ces femmes-là estant saignées pour descharger et faire révulsion leur flux s'appaise et ayant fait ces remèdes là, si le flux persévère, il y faut prendre garde et les accoucher : si l'on void les signes que j'ay dit, foiblesse ou ouverture de matrice sans douleur, avec la perte de sang pur qui se doit toujours juger à la teinture des linges. »

OBSERVATION II

Portal. De l'accouchement d'une femme en danger de sa vie
à cause d'une perte de sang.

Un mercredi vingt-quatrième jour du mois d'août 1672, je fus appelé aux Halles dans la rue de la Cordonnerie pour accoucher la femme d'un de mes confrères, que je trouvai en danger de perdre bientôt la vie à cause d'une perte de sang qui était fort considérable et qui l'avait entièrement épuisée de ses forces. MM. Kikebœuf, de Mersennes, Akakia et Buci, tous quatre habiles et fameux médecins de la ville de Paris, l'obligèrent de recevoir tous les sacrements ; après quoi ces Messieurs m' dirent

de travailler et de tâcher de sauver la malade du péril où elle était, n'y ayant que ma main après Dieu qui lui pût sauver la vie, et, pour cela, je gressai mes doigts et ma main avec de l'huile, ensuite je portai mes doigts jusqu'à l'orifice interne de la matrice, que je sentis être dilatée en rondeur et en largeur de sept à huit lignes. Je fis connaître cette rondeur avec mes doigts à ces Messieurs qui étaient auprès de la malade. J'introduisis mes doigts, index, médus et annulaire et, les séparant les uns des autres je dilatai cet anneau ou orifice interne en introduisant ces trois doigts l'un après l'autre, et, ayant passablement dilaté, je glissai mon pouce et mon petit doigt à la faveur des trois autres, et avec iceux je formai une sorte de *speculum matricis* en les écartant doucement les uns des autres. J'ouvris cet anneau en telle sorte que je n'eus point de peine à porter ma main vers le fond de la matrice où, en la glissant, je sentis le placenta qui environnait en dedans l'orifice interne, ce qui était la cause de la perte de sang, parce que lorsque l'ouverture de l'anneau se faisait, le placenta qui se trouvait contigu à cet orifice, à cause de quelque contiguité qu'il avait avec la matrice, à l'endroit où il est adhérent, cet orifice venant à s'ouvrir, il se divisait et en même temps les vaisseaux venant à se diviser, cela fait que la malade se perdait en abondance et si elle n'est promptement secourue elle allait mourir. Je glissai ensuite mes doigts vers la partie interne et postérieure de la matrice, après avoir séparé le placenta, pour trouver les membranes qui étaient pleines de ses eaux et pour lui donner jour, en les ouvrant avec mes doigts et en les trouant elles s'écoulèrent quoique les orifices fussent occupés par ma main. Cela me donna beaucoup de facilité pour pouvoir joindre les pieds de l'enfant. J'en pris un avec mes doigts que je tirai le plus promptement qu'il me fut possible dehors les dits orifices et je l'ondoyai sous conditions sur ce pied, puis je l'enveloppai d'un linge et je tirai ce pied et

la jambe que j'amenai dehors jusqu'aux fesses. Alors j'observai la situation de l'autre cuisse et de la jambe, que je reconnus être pliée sur le ventre, car si elle avait été écartée postérieurement, j'aurais été obligé de repousser les fesses pour dégager l'autre jambe et la cuisse, où indispensablement elle se serait rompue ; mais la sentant dans la situation que j'ai dit, je tirai hardiment et sans crainte l'autre jambe et le reste du corps jusqu'aux épaules que je dégageai en plaçant ma main sur le sternum de l'enfant et la droite sur la nuque ; par ce moyen je tirai l'enfant qui était très faible à cause de l'énorme perte de sang de la mère et aussi parce qu'il avait fort souffert à travers le col qui n'est pas aussi ouvert que quand les choses viennent naturellement. Quant à l'arrière-faix, il ne me fit nullement de peine à tirer, parce que je l'avais déjà séparé dès l'ouverture que j'avais faite de l'orifice interne de la matrice. Mon confrère croyait bien que son enfant était mort, et l'ayant tiré, je priai la sage-femme de le mettre auprès du feu et l'arrière-faix dans un poëllon plein de vin qui était sur le feu, qui tenait encore par son nombril au ventre de l'enfant. On lui souffla du vin pur aux yeux, au nez, aux oreilles et autres parties de la face. Nous l'enveloppâmes dans un linge trempé dans du vin chaud et nous lui appliquâmes continuellement de l'oignon écrasé à la bouche et au nez et de moment à autre des linges trempés dans du vin chaud sur ses bourses, parce que c'était un garçon, et par ces remèdes nous le fîmes revenir se portant bien et la mère aussi.

OBSERVATION III

Accouchement forcé chez une multipare pour accidents pulmonaires graves avant le début du travail (personnelle).
(Recueillie dans le service de M. le professeur Tarnier).

Emma V..., âgée de 29 ans, II pare, enceinte de près de neuf mois ; le bassin est normal.

Age de la marche inconnue. Régulée régulièrement depuis l'âge de 18 ans.

Première attaque de rhumatisme en 1885, pour laquelle la malade reste trois mois alitée. Bonne santé jusqu'en septembre dernier, où elle eut une deuxième attaque pour laquelle elle fut soignée pendant deux mois à Lariboisière ; depuis cette époque, sa santé ne s'est jamais complètement rétablie.

Première grossesse en 1891, normale.

Dernières règles du 10 au 14 mai 1893.

Examen le 14 janvier 1894.

Léger œdème des membres inférieurs. Squelette normal.

Cœur maternel normal (?) Rien dans les urines. Enfant mobile, vivant, se présentant par le siège. Col long et perméable.

3 février. — La malade entre à la Clinique pour des étourdissements, des étouffements, des palpitations, et un léger œdème des jambes. On ne trouve rien à l'examen du cœur et des poumons (?) Après quelques jours de repos, ces accidents s'amendèrent, puis reparurent il y a deux ou trois jours ; en même temps crachements de sang, frissons, dyspnée nocturne, accidents dont la malade ne se plaint pas et pour lesquels elle ne fut pas examinée.

Pendant la nuit du 14 février, la dyspnée augmenta, mais la

malade resta encore sans se plaindre. Vers deux heures du soir (14 février), pendant que la malade, couchée, se prêtait à l'examen d'une élève sage-femme, la dyspnée s'exagéra subitement et considérablement.

On me fit demander aussitôt et je trouvai la femme dans l'état suivant :

Cyanose de la face et des mains; refroidissement des extrémités; anxiété respiratoire extrême, obligeant la malade à rester immobile sur une chaise, augmentant au moindre mouvement; pouls très rapide, petit, mais régulier; battements du cœur exagérés, cœur affolé; pas de souffle. Matité dans toute la hauteur du poumon droit et en avant du poumon gauche; râles fins très abondants mêlés à des râles ronflants dans les mêmes parties de la poitrine, toux quinteuse, difficile. Expectoration rosée, peu abondante. Tendance au collapsus.

Léger œdème des membres inférieurs.

En somme, état général très grave.

Après l'application de ventouses sèches sur la poitrine, la malade est momentanément soulagée.

M. Ribemont l'examine alors, diagnostique une embolie pulmonaire et conseille une saignée de 3 à 400 grammes.

En attendant l'arrivée de M. Démelin, inhalations d'oxygène, piqûres d'éther et de caféine; malgré cela l'état général s'aggravait de minute en minute. La saignée est faite quelques minutes après par M. Démelin, d'abord au bras gauche, puis au bras droit; 150 grammes de sang environ furent retirés de chaque côté. La circulation se faisant très mal, les saignées se tarissent vite, bien que les veines fussent très apparentes et volumineuses au moment de l'ouverture.

Après une légère amélioration, l'état général s'aggrave de nouveau. On fait une piqûre de morphine (0,01 centig.) qui reste sans effet. Une intervention s'impose. Examen du ventre. Tête

engagée en O. I. D. P. Les battements du cœur fœtal sont sourds et ralentis, beaucoup plus lents que ceux de la mère. Le col est ong, souple et facilement perméable. L'introduction de deux doigts et leur écartement produisent une ouverture grande comme une pièce de deux francs.

M. Démelin, afin d'obtenir la déplétion de l'utérus et de faciliter ainsi les mouvements respiratoires, décide de pratiquer l'accouchement forcé. A cet effet, il introduit le ballon de M. Champetier que l'on gonfle avec 500 grammes, mais dès les premières tractions sur le ballon une couture mal assujettie se déchire. Le ballon est retiré.

Alors, introduction de quatre doigts et dilatation artificielle du col qui atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs. L'orifice ne laisse passer que les quatre doigts et non le métacarpe. Le sommet est repoussé dans la fosse iliaque droite ; on sent les deux membres supérieurs, puis le cordon, puis un pied. La main de l'opérateur sent à la fois les battements maternels aortiques et les pulsations du cordon ombilical ; celles-ci sont très lentes, surtout par rapport aux premiers.

Ouverture des membranes. Saisie et abaissement du pied gauche qui s'engage aisément. Le siège en s'abaissant entraîne le col jusqu'à la vulve. L'orifice résiste, des tractions continues, mais modérées, font enfin descendre le siège, le tronc et les bras qui sont facilement dégagés. Mais la tête est arrêtée au-dessus de l'orifice et la manœuvre de Mauriceau est impuissante à la faire sortir ; la lèvre antérieure du col apparaît sous la symphyse.

Alors application de forceps sur la tête dernière, des tractions énergiques, soutenues, finissent par la dégager.

L'enfant est dans un état de mort apparente assez prononcée ; une certaine quantité de liquide amniotique a pénétré dans les voies aériennes. Insufflation, bain, frictions, etc., l'enfant est ranimé, il pèse 3.080 grammes ; la tête est grosse, ossifiée.

Après l'évacuation de l'utérus, soulagement marqué et immédiat de la femme; elle va visiblement mieux. Deuxième injection d'éther.

Délivrance naturelle: le placenta normal se décolle aisément. Pendant l'injection utérine, on constata qu'il n'y avait pas de déchirure étendue du col.

L'amélioration continue et la cyanose disparaît rapidement.

Quelques heures après l'accouchement, sueurs profuses.

T. 37°,9; à 9 heures du soir, la femme a un nouvel accès d'étouffement qui se calme assez vite par des inhalations d'oxygène (celles-ci sont continuées depuis la saignée).

Injections de morphine et de caféine.

Ventouses sèches. Amélioration.

28 février. — La malade est actuellement en pleine convalescence et sort quelques jours plus tard. L'auscultation du cœur révèle un souffle intense au premier bruit et un souffle au deuxième bruit, soit une double insuffisance mitrale et aortique. L'enfant se porte bien.

OBSERVATION IV (inédite)

Eclampsique; accouchement accéléré. — Recueillie dans le service de M. Doléris.

Le 9 février, à 1 heure du matin, on amène à la Pitié une femme enceinte de 7 mois dans le coma, qui est transportée en médecine dans la salle Grisolles. L'interne de garde prescrit douze ventouses scarifiées dans la région lombaire et des ventouses sèches. On l'amène dans le service d'accouchement le 9 février 1895 à 9 heures du matin.

A son entrée on constate que la malade est dans le coma. La

respiration est bruyante, stertoreuse. La face n'est pas trop cyanosée, le pouls assez rapide mais non irrégulier.

Température 36°,8.

Du côté de l'abdomen l'utérus remonte à travers un de doigt au-dessus de l'ombilic. Sa tension est telle qu'elle rend la palpation impossible. Des caillots remplissent le vagin. Par le toucher on arrive sur le col qui est en voie d'effacement et très rigide.

A travers le segment inférieur, on sent un sommet peu engagé. On n'entend pas les battements du cœur fœtal. On sonde la malade et on retire environ 40 grammes d'urine très albumineuse. L'auscultation de la poitrine est rendue impossible par suite du râle trachéal continu.

On fait le diagnostic d'éclampsie chez une femme enceinte de sept mois et demi à huit mois environ.

Le chloroforme est donné d'une façon continue. Saignée de 150 grammes environ, lavement, purgatif du codex, on n'a pas le temps d'administrer un lavement de chloral. On essaie vainement l'introduction d'un ballon de Champetier, et l'on n'arrive qu'à rompre les membranes. Liquide amniotique normal.

Le col est presque complètement effacé, il n'y a plus qu'un bourrelet ; il est dilaté comme 5 fr. environ. Application des trois branches de l'écarteur Tarnier, à 11 h. 10, mais le col est dur et se dilate lentement. Pendant ce temps on peut tout au plus sentir une contraction utérine. La malade a un accès avorté aussitôt grâce au chloroforme mais au lieu d'avoir le faciès congestionné, est au contraire très pâle. Quelques moments après, le pouls assez bon jusque-là tombe brusquement, disparaît ; la respiration se suspend et la malade meurt. Malgré les injections d'éther et de caféïne les tractions rythmées de la langue, les frictions sur le thorax et la respiration artificielle.

A 11 heures 45, la dilatation est suffisante. On brusque alors

l'application de forceps et l'on extrait un enfant mort cyanosé, mais non macéré : Poids : 1350 grammes.

Les trois observations qui suivent sont extraites du mémoire de Varnier.

OBSERVATION V.

Marie L..., 29 ans, primipare, entrée à la clinique Baudelocque, le 12 avril 1892, à 10 du matin.

Antécédents héréditaires. — Père mort poitrinaire. Mère vivante et bien portante. Une sœur morte de méningite à deux ans et demi.

Antécédents personnels. — A l'âge de 10 ans, elle aurait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu; depuis lors à deux ou trois reprises, elle aurait eu des poussées de rhumatisme, sans que jamais on ne se soit occupé de son cœur. Pas d'histoire rénale antérieure.

Réglée à 17 ans et demi et toujours régulièrement, elle eut ses règles pour la dernière fois du 1^{er} au 5 août 1891, et perçut les mouvements actifs vers le 5^e mois de la grossesse.

Dès le troisième mois de la grossesse (novembre) elle dut aller consulter, pour les battements de cœur, un médecin qui lui ordonna de la digitale. En janvier elle eut des crachements de sang; les palpitations s'accrurent; la malade commença à maigrir. Tous les huit jours depuis lors elle eut des hémoptysies. Il y a trois mois survint de l'œdème des membres inférieurs. La malade continua néanmoins à vaquer à ses occupations, malgré des accès de dyspnée assez fréquents.

Ce n'est qu'il y a quinze jours qu'un médecin appelé une nuit

pour un accès de dyspnée très violent, accompagné d'hémoptysie, pensa à examiner les urines qu'il trouva albumineuses, et prescrivit le régime lacté qui ne fut pas suivi.

Le 11 avril. — Le médecin voyant l'état de L.. s'aggraver l'envoie à la clinique.

A son entrée le 12 au matin, nous constatons : cachexie, la malade a l'apparence extérieure d'une phtisique à la dernière période. Teinte subictérique, œdème énorme des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Dyspnée telle qu'il est impossible de pratiquer l'examen dans le décubitus dorsal. L... ne peut rester qu'assise, arythmie cardiaque. Congestion et œdème pulmonaire aux deux bases, plus prononcés à gauche.

Albuminurie 10 grammes par litre.

La grossesse est d'environ sept mois. Le fœtus, vivant, se présente par l'extrémité pelvienne. Pas de début de travail.

Le 12 et le 13 avril. — L... est gardée en observation, au régime lacté absolu ; le 13 à cinq heures du soir, les battements du cœur du fœtus sont nettement perçus avec leur rythme normal.

Le 14 avril. — Au matin, l'état empirant (orthopnée, tendance syncopale, œdème gagnant les membres supérieurs), je me vois contraint de provoquer l'interruption de la grossesse qui a manifestement provoqué et qui aggrave les accidents ci-dessus décrits.

A 10 heures 1/2 du matin, le col étant ce qu'il est au septième mois de la grossesse, ayant par conséquent toute sa longueur, incomplètement ramolli, fermé à ses deux orifices, la malade au bord du lit (décubitus dorsal impossible), j'introduis dans l'utérus le ballon de Champetier de Ribes grand modèle.

L'introduction est facile après quelques minutes de dilatation digitale qui ouvre sans grand effort l'orifice externe, le canal cervical, et enfin l'orifice interne. Pendant le placement du ballon la poche des eaux se rompt, le liquide amniotique qui s'écoule

est coloré en vert par du méconium; il est clair que l'asphyxie de la mère agit sur le fœtus.

Mon intention était d'abord de laisser la dilatation s'opérer sous l'action des contractions utérines. Mais à cinq heures du soir les accès de suffocation étant de plus en plus intenses, la respiration n'étant entretenue qu'à force d'inhalations d'oxygène, la mort étant imminente, je me vois contraint d'accélérer le travail pour vider l'utérus au plus tôt.

A ce moment la dilatation est grande comme une pièce de 1 franc et les bords de l'orifice résistent. En vingt minutes, grâce à une manœuvre qui sera décrite plus loin, j'obtiens la dilatation complète.

J'extrais aussitôt le ballon du vagin; immédiatement derrière le ballon issue du cordon qui ne bat plus.

Ma main droite aussitôt introduite dans l'utérus, dont l'orifice n'offre aucune résistance, saisit les pieds et j'extrais très facilement une file de 1395 grammes commençant à desquamer, morte depuis quelques heures.

Immédiatement après je pratique la délivrance artificielle. Le placenta, farci de foyers hémorrhagiques anciens, près 295 grammes.

Le cordon, dont l'insertion est marginale a 64 centimètres de longueur. Pendant la soirée, dans la nuit et la matinée du 15, l'accouchée n'obtient de soulagement et ne respire qu'en inhalant de l'oxygène.

Elle en réclame sans cesse, l'inhale à pleine bouche; la sage-femme qui l'assiste, Mlle Rose, m'assure qu'elle a usé 500 litres d'oxygène dans la soirée du 14 et 600 dans la nuit et la matinée du 15.

Le 15 au matin, l'état s'est légèrement amélioré. Pouls 136; 48 respirations à la minute. Température 37°,8. 250 grammes d'urine dans la nuit.

On peut espacer davantage les inhalations d'oxygène.

La malade peut boire un peu de lait. On lui donne 2 grammes de chloral.

A 2 heures du soir, miction de 150 grammes.

A 7 heures, les accès de dyspnée reprennent de plus belle et la mort survient par asphyxie, le 16, à 3 heures du matin.

OBSERVATION VI

D... B., âgée de 33 ans, entre le 30 mai 1890, à l'hôpital Tenon, salle Royer, n° 18, service de M. Moizard.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose, père b'en portant.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 16 ans, suivie d'une ostéomyélite qui a laissé des traces au niveau du tiers supérieur du tibia gauche.

Deux accouchements, le premier il y a 4 ans pénible terminé par une application de forceps ; le second en décembre 1888 sans accidents, mais extrêmement lent.

Actuellement, elle est enceinte de 4 mois environ.

Il nous a été impossible de relever dans l'histoire de cette malade une trace quelconque de rhumatisme aigu ou d'affection rhumatismale même légère ayant pu donner lieu à la cardiopathie que l'on observe. Celle-ci paraît remonter à la première grossesse (1886). A ce moment en effet la malade a eu des accès d'oppression et de suffocation qui s'exaspéraient au moindre effort, accompagnés de battements de cœur très violents. Elle ne fut pas auscultée. Après l'accouchement tout rentra dans l'ordre.

Pendant la deuxième grossesse mêmes phénomènes mais qui revêtent un caractère plus aigu ; après l'accouchement rémission complète.

Depuis le début de la grossesse actuelle la suffocation et l'oppression sont devenus très intenses, au point de rendre la marche presque impossible.

A son entrée à l'hôpital, le 30 mai, en dehors des phénomènes précités, on note une hypertrophie accentuée du cœur; la pointe bat dans le septième espace intercostal. Le choc systolique ébranle violemment la paroi et se fait sentir dans toute la région pectorale.

Frémissement cataire.

A l'auscultation on perçoit une véritable arythmie des battements cardiaques. Des souffles sans localisation précise couvre les temps de la révolution du cœur.

Ces signes joints aux signes subjectifs, à la coloration bleuâtre de la face, à la cyanose des extrémités, à l'abaissement de la température ($36^{\circ},5$), à la rareté des urines, à une congestion intense du foie qui dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, font penser à une véritable crise d'asystolie.

Au bout de quelque temps tout rentre dans l'ordre, et on constate les signes classiques d'un rétrécissement mitral avec insuffisance.

Les urines plusieurs fois examinées avaient une densité 1015, et contenaient 5 à 6 grammes d'albumine et 2 grammes de sucre.

La malade reste plusieurs mois dans le service où, malgré le repos et le régime diurétique elle esquisse plusieurs crises d'asystolie.

Vers le mois de septembre elle a eu sans prodromes, autres que quelques troubles oculaires passagers et un peu de céphalalgie, de véritables crises convulsives; vu l'aggravation subite des accidents Wallich fut appelé à voir cette femme.

Voici la note qu'il nous a remise à son sujet :

« Pendant mon internat à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Champetier de Ribes, je fus appelé par mon collègue, Mussy,

interne du D^r Moizard, auprès d'une femme de son service, atteinte d'affection mitrale et en état d'asystolie. Cette femme était enceinte de huit mois environ, et ne sentait plus remuer son enfant depuis le matin. En présence des phénomènes généraux graves observés chez cette femme nous pensâmes qu'il y aurait intérêt à vider promptement l'utérus afin d'apporter une atténuation aux troubles de la respiration. Je plaçai sans difficulté dans l'utérus au travers du col non modifié un ballon de Champetier et je restai là en permanence. Dès la première demi heure le ballon, que je n'avais rempli qu'à moitié, provoqua des contractions douloureuses.

La tête du fœtus, peu déplacée par le ballon, s'engagea, poussant devant elle celui-ci dans lequel j'ajoutai du liquide lentement et progressivement.

Je voyais ainsi l'effacement s'effectuer et la dilatation s'opérer. A mesure que celle-ci croissait je tirais sur le ballon de façon à faire descendre au niveau de l'orifice les parties supérieures, c'est-à-dire les parties plus larges. J'injectais ensuite très lentement du liquide de façon à gonfler l'appareil. En cas de résistance pour faire descendre le ballon j'enlevais 50 grammes de liquide. Par ses alternatives de gonflement et de dégonflement combinées avec les tractions je parvins au bout de 2 h. 3/4 à avoir une dilatation complète. Le fœtus fut expulsé immédiatement après le ballon. Il était mort mais non macéré. La femme fut délivrée presque aussitôt. Il était 9 heures du soir. J'avais introduit le ballon à 6 heures du soir.

Trois heures avaient donc suffi pour que cette femme, enceinte de 8 mois, sans début de travail, fut accouchée, délivrée.

Elle éprouva un grand soulagement; les phénomènes asystoliques s'amendèrent les jours suivants.

Au bout d'une quinzaine de jours la malade succomba au cours

d'une crise convulsive survenue sans prodromes avec abaissement de la température (urémie).

OBSERVATION VII

Accouchement prématuré provoqué chez une femme cardiaque en état d'asystolie (Ballon de Champetier) transportée à Necker douze jours après son arrivée. Extraction du siège. Placenta sur le segment inférieur.

Pas de rhumatisme, ni scarlatine, ni autre maladie infectieuse.

V pare. Quatre grossesses antérieures normales, terminées par des accouchements spontanés et à terme d'enfants vivants, mais petits, nourris au sein par la mère. Trois des enfants bien portants actuellement.

Le deuxième enfant est mort à l'âge de 2 ans 1/2 mis en garde sa mère attribue sa mort à la mauvaise alimentation.

Pendant la dernière grossesse œdème des membres inférieurs, douleurs lombaires et essoufflement. Ces symptômes disparaissent après l'accouchement.

Dernières règles fin juin.

H.U. 31 cent, état de la grossesse au moment de l'accouchement, environ 7 mois.

Accidents et complications. — Depuis sa dernière grossesse qui date de juillet 1889 cette femme n'a plus souffert ; elle vaquait à ses occupations sans être autrement gênée. Dès le début de la grossesse actuelle elle éprouve de fortes douleurs lombaires, urine beaucoup et fréquemment, les membres inférieurs s'œdémaient et elle est très gênée pour respirer. Pas de troubles visuels ni auditifs, Depuis une quinzaine de jours ces symptômes s'accen-

tuent ; l'œdème devient considérable et envahit les organes génitaux externes et la paroi abdominale, la dyspnée augmente et les douleurs lombaires sont de plus en plus fortes. Samedi dernier (20 janvier) un médecin la conseille de venir à la clinique où elle arrive aujourd'hui 22 à 3 heures du soir. Depuis 8 jours elle ne prenait que du lait mais le vomissait presque régulièrement.

A son entrée, cette femme est dans un état d'asystolie : respiration haletante, face cyanosée, nez pincé avec les narines pulvéru-lentes, pouls filiforme, bruits du cœur précipités et incomputables. A l'auscultation du cœur on constate un bruit de galop, mais l'état de la malade ne permet pas de pousser plus loin l'investigation. Elle présente un œdème considérable des membres inférieurs des organes génitaux et de la paroi abdominale, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le foie est hypertrophié ; on sent son bord inférieur dépassant de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes et reposant sur le fond de l'utérus. Au toucher le col est déjeté en arrière et largement perméable.

En y introduisant deux doigts on tombe sur les membranes qui sont très tendues.

M. Lepage (4 h. 20), pratique une saignée à l'avant-bras droit et retire 420 grammes de sang. Cette saignée la soulage peu. Il fait ensuite quelques mouchetures au niveau des organes génitaux externes.

A 4 h. 45, M. Lepage introduit le ballon de Champetier rempli au maximum (500 grammes) et à ce moment les membranes se rompent, pas d'albumine.

Œdème. — Considérable aux membres inférieurs. Organes génitaux et paroi abdominale jusqu'au niveau de l'ombilic.

Varices aux membres inférieurs.

Seins petits et bien conformés.

Ventre tendu.

Utérus peu développé.

Tension des parois fortes.

Présentation sommet.

Pas d'engagement.

A partir de ce moment l'utérus se contracte, mais ces contractions sont indolores. La face est moins cyanosée, la respiration devient moins pénible, le pouls est plus sensible.

Depuis son entrée elle est soumise aux inhalations de O.

A 8 h. 10, la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs. Les douleurs sont assez rares (Wallich).

Toutes les deux minutes environ on retire 100 grammes de liquide du ballon et on exerce des tractions, et pendant ce temps on réinjecte une quantité de liquide égale à la quantité retirée. La dilatation progresse régulièrement, et à 8 h. 45 elle est presque complète. A 8 h. 57, la dilatation est complète et le ballon est expulsé complètement rempli.

(En 3/4 d'heure la dilatation avait été conduite de 5 francs à la dilatation complète).

M. Wallich introduit la main droite dans le vagin pour s'assurer s'il y a des procidences et trouve au niveau de l'orifice utérin des petits membres ; il saisit un pied et l'attire au dehors (pied droit).

M. Wallich éprouve une certaine résistance pour extraire le siège et surtout pour extraire la tête par la manœuvre de Moriceau. Mlle Rose introduit deux doigts dans la bouche qui se trouve dans le diamètre antéro-postérieur, éprouvant une grande difficulté malgré des tractions énergiques et sentant que la tête ne s'engage pas elle met la tête dans le diamètre oblique droit et l'extraît assez facilement.

Aussitôt après l'accouchement la malade s'améliore considérablement, la cyanose disparaît presque complètement, la respiration

est plus régulière, les battements de cœur moins tumultueux, le pouls est moins fréquent mais toujours faible.

La malade prend 0,20 centigrammes de chloralose.

Déchirure de la fourchette au moment du dégagement de la tête. Extraction simple du placenta à 8 h. 45, 39 minutes après l'extraction.

Après la délivrance Mlle Villemeux fait une injection intra-utérine.

19 janvier. — Les jambes sont beaucoup œdématisées.

On lui donne 0,20 de chloralose et une macération de digitale contenant 0,15 centigrammes.

30 janvier. — Délire. Émission d'urine dans les 24 heures 1790 grammes. Chloralose, digitale 0,15.

L'enfant naît en état de mort apparente est ranimé assez facilement par désobstruction des voies respiratoires, flagellation, bain sinapisé, frictions alcooliques.

Il commence par faire quelques respirations isolées, se colore et finit par bien respirer et crier au bout de 15 à 20 minutes de soins.

Dès le lendemain matin de la naissance de l'enfant, 23 janvier, on remarque deux céphalématomes siégeant sur les deux pariétaux.

Part en nourrice dans le département de la Sarthe.

Sort 10 février 1894. Etat de l'enfant à la sortie très bon.

Féminin. Poids 2060 gr..

Poids placenta 320 gr.

Forme irrégulière.

Transportée le 2 février à Necker.

OBSERVATION VIII

Observation recueillie dans le service de M. Maygrier (*Hôpital de la Pitié*).

La nommée Eugénie S., 39 ans, entre dans le service le 17 janvier, à 4 heures du soir, grossesse de 7 mois. O.I.G.A. Angle sacro-vertébral accessible. Urine très albumineuse. Cette femme présente des troubles dyspnéïques et cardiaques très accusés qui avaient apparu au début de la grossesse et avaient augmenté depuis. A son arrivée, l'oppression est vive, elle ne peut rester couchée et sa dyspnée devient très intense. Les battements du cœur sont irréguliers, bien frappés. Il n'y a pas de souffle, mais un dédoublement du premier bruit à la pointe. Le poulx irrégulier très petit et rapide bat 120 pulsations à la minute. Les poumons sont le siège de râles dans toute leur étendue en avant et en arrière.

Traitement. — Lait. Injections de caféïne, ventouses sur le thorax. Inhalations d'oxygène (5 ballons), 4 piqûres d'éther.

A 6 heures, douleurs fortes, régulières. Col complètement effacé. A 8 heures 1/2, dilatation entre 1 franc et 2 francs.

La dyspnée augmentant, la dilatation restant stationnaire, et les contractions utérines disparaissant, on fait l'application du ballon de Barnes qui tombe 1 heure 1/2 après, la dilatation est à ce moment comme 5 francs.

Retour des contractions utérines, régulières et plus énergiques. Rupture spontanée des membranes et écoulement d'un liquide très coloré par le méconium (les battements du cœur fœtal ne sont plus entendus depuis plusieurs heures).

On essaie de compléter la dilatation avec la main.

Résultat négatif.

Les contractions deviennent de plus en plus rares.

Le col revient sur lui-même et la dilatation revient à la dimension d'une pièce de 2 francs.

Comme il y avait urgence, vu l'état de la mère, à accélérer le travail, on se décide à introduire le ballon de Champetier de Ribes qui est gonflé avec 450 grammes de liquide (2 heures matin).

La dilatation d'abord lente marche plus rapidement à 6 heures du matin, et à 7 heures 1/2 le ballon tombe dans le vagin.

Aussitôt, pour épargner à la femme de nouveaux efforts, on fait immédiatement une application de forceps en O.I.G.A.; extraction lente.

Les phénomènes dyspnéïques deviennent plus intenses aussitôt après. Oxygène. Piqûre d'éther.

Délivrance 1/4 d'heure après. Pas d'hémorrhagie ni avant ni après. Enfant du sexe féminin mort, 1750 grammes, quelques heures après l'accouchement le pouls est encore très faible et l'oppression grande. Ventouses. Caféine. Suites de couches normales.

L'albumine persiste les jours suivants.

Bronchite généralisée avec expectoration.

Pouls régulier. Température normale.

Transportée en médecine le 30 janvier, elle y meurt d'urémie le 6 février.

OBSERVATION IX

Observation extraite du *Journal des accouchements*.

Secondipare à 7 mois de grossesse; insertion centrale du placenta, présentation de l'épaule droite en première position.

Hémorrhagie abondante exigeant une terminaison rapide, version podalique. Suites de couches heureuses.

En présence de l'état grave dans lequel se trouve la patiente nous ne la changeons pas de position, et introduisant immédiatement la main droite dans les parties, les doigts pénètrent peu à peu dans le col en le dilatant doucement, progressivement, ils décollent le placenta du côté gauche où nous avons cru reconnaître le plus petit lobe du placenta dès qu'ils sont arrivés aux membranes, ils les rompent et entrent dans l'œuf.

Saisie d'un pied, tractions modérées qui font descendre le siège les épaules par la tête. L'enfant extrait est du sexe masculin, très délicat, long de 40 centimètres, il respire et gémit, mais il ne paraît pas suffisamment développé pour pouvoir continuer à vivre, il expire une 1/2 heure plus tard.

Pendant l'opération la patiente n'a perdu que peu de sang et n'a guère souffert.

Le lendemain l'état est excellent et ne paraît pas laisser deviner le danger couru quelques heures auparavant.

CONCLUSIONS

Dans un certain nombre de circonstances discutées aux indications (éclampsie, hémorrhagie, accidents gravo-cardiaques, etc.), lorsqu'il y a danger imminent pour la vie de la femme et de l'enfant, on doit avoir recours à l'accouchement provoqué méthodiquement rapide, de préférence à l'accouchement forcé.

Lorsque la femme a succombé ou est à l'agonie, il vaut mieux, dans la plupart des cas, pratiquer l'accouchement méthodiquement rapide que l'opération césarienne ou même l'accouchement forcé.

Pour faire cette opération, on aura recours à un des procédés indiqués au manuel opératoire, chacun d'eux ayant des indications déterminées.

Vu par le Président de la thèse,
TARNIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Aveling.** — Du post-mortem parturition. Lond. obst. transact.
T. XIV, p. 240, 1873.
- Auvard.** — Th. agrég., 1886.
— Traité d'accouchement, 1871.
- Louise Bourgeois.** — Obst. diverses sur la stérilité, etc. 1619.
- Rossi.** — Nouv. arch. obst., févr. 1892.
- Baudeloque.** — Art. des acc., 1789.
- Barnes.** — Op. obst., 1862.
- Braithwait.** — Obst. journ. of obst. London, 1879.
- Bitot.** — Thèse Paris, 1880.
- Basret.** — Courier of med. Saint-Louis, 1884.
- Bonnaire.** — Progrès médical, 1890.
- Braxton-Hicks.** — Obst. transact. London, 1864.
- Boyer.** — De la cond. à tenir dans les cas de proc. du cordon.
Thèse. Paris, 1892.
- Belluzzi.** — Nuovi fatti in apogio. Bologne, 1866, avril 1870.
Bolettino, Bologne, 1878.
- Bergesio.** — Ann. di Ostet. T. I, 1879.
- Rudin.** — Progrès méd., 1886.
- Cosme Viardel.** — T. d'acc., 1671.
- Cazeaux.** — T. d'acc., 1858.
- Charpentier.** — Traité d'accouchements, 1890 (V. Bibliographie).

- Classagny.** — Lyon méd., 1876. France méd., 1879. Arch. de tocologie. 1883.
- Chiara.** — Ann. di ostetrica. T. VIII, p. 471 et Gaz. hebd., 1887, p. 173.
- Corby.** — Brit. med. journ. Lond. 1882.
- Comby.** — Arch. de Tocol., 1883.
- Deventer.** — Observat. importantes sur le manuel des acc., 1734.
- Dezeimeris.** — Dict. de méd. en 30 vol., 1832.
- Devilliers.** — Bull. gen. de thérap. Juin et nov., 1863, p. 469.
Union méd., juin 1862. Octobre 1868.
- Demelin.** — Revue gén. de clin. et thér., 1893, p. 834-35.
- Duparque.** — Soc. de méd. de Paris, avril 1829. Gaz. hebd., 1864.
- Dührsen.** — Arch. f. gyn., XLII, 3 et XLIII, 1, 1892.
- Esterle.** — Ann. universali d'anodei, nov. 1861.
- Eudes.** — Th. Paris, 1880.
- Edde.** — Th. Paris, 1894.
- Ferratini.** — Nuov fatter in 'apozio, Ligura medica. Genève, 1868.
- Finizzi.** — Lettere a Veradini, avril 1862.
- Fissinger.** — Rev. des sciences méd., 1885. T. I, p. 240.
- Guillemeau.** — De la gross. et acc. des femmes, 1571.
- Guionnet.** — Courrier méd. Paris, 1880.
- Grinda.** — Th. Paris, 1891.
- Greuet.** — Th. Paris, 1894.
- Golinelli.** — Eclampsie, 1843.
- Gaulard.** — Th. agré. Paris 1880 (Bibliographie).
Guide pratique des sciences méd., 1892, p. 278.
- Hamon de Fresnay.** — Journal des conn. méd. chirur g. 1844.

- Hamon.** — Journ. d'acc. de Liège, 1882. Revue médico-chirurg. des mal. des femmes, Paris, 1884.
- Hubert.** — Rev. méd. de Lovain, 1883.
- Holmeier.** — Zur Behandlung der placenta prævia, 1882.
- Hezmann.** — Coblentz, 1832.
- Heyrnaux.** — Traité prat. d'acc. Bruxelles, 1866. Gaz. des sciences méd. de Bruxelles, février 1870.
- Jacquemier.** — Traité d'accouchement.
- Janssens.** — Analyse des mémoires de Vérardini. Gaz. des sciences méd. de Bruxelles, T. XXXVI, p. 431.
- Jakins.** — Australian med. j. of Melbourne, 1882.
- Koppe.** — Centralblatt f. Gyn., 1887, p. 153.
- Korsch.** — Cent. f. Gyn., 1886, n° 40, p. 660.
- Levret.** — Art. des accouchements, 1766.
- Leroux.** — Tamponnement dans des cas de placenta prævia. 1776.
- Mme Lachapelle.** — Traité d'Acc., 1825.
- Landouzy et Martin.** — Rev. méd., 1883, p. 1014-1032.
- Landouzy et Queyrat.** — Gaz. hebd., 1886, p. 255.
- Lebert.** — Arch. f. gyn., T. IV, 1872, p. 457.
- Léopold.** — Arch. f. gyn. Bd. IV, 1879, p. 299-302.
- Letenneur.** — De l'op. césarienne post-mortem. Mantes, 1861.
- Mangiagalli.** — Op. césarienne. Milan, 1884.
- Mauriceau.** — T. d'accouchement, 1668.
- Marquez.** — Op. cés. post-mortem. Gaz. méd. Strasbourg, mai, 1861.
- Moretti.** — Ann. universali di med. Milan, 1877, t. XXXIX.
- Malcolm Mac Lean.** — Ann. journ. of obst., 1886.
- Munch.** — Acc. art. après la mort. Th. de Strasbourg, 1864.
- Mentinetti.** — Ann. di ostetrica et gynec., mars 1886.
- Maygrier.** — Leç. de clin. obst., 1893.

Otterburg. — Rev. méd., août 1861. Gaz. des hôp., sept. 1861.

Olivier. — Lyon méd., 1883.

Puzos. — Mém. sur les p. de sang qui surviennent aux femmes grosses, 1759.

Peter. — Clin. méd., 1879.

Peu. — T. d'acc., 1695.

Pinard. — Bulletin méd., nov. 1887.

Pellegrini. — Ann. univ. de méd., 1864.

Pigeolet. — J. des sciences méd. de Bruxelles, nov. 1869.

Perrin. — Bull. soc. médico-prat. Paris, 1864.

Petiau. — Th. 1885 (v. bibliographie).

Pros de la Rochelle. — Arch. de Tocol., 1878.

Picot. — Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux, nov. 1885.

Reynolds. — Boston med. and surg. j., 1882.

Reimann. — Arch. de Gyn. T. XI, 1877, p. 215.

Rosario Vitanza. — Del Parto forzato, 1892.

Rigaudeau. — Journ. des savants, janvier 1749.

Rivani. — Eclampsie, 1850.

Rizzoli. — 1833-1834. Acc. art. par les voies nat. en remplacement de l'op. césarienne chez les femmes mourantes ou décédées, trad. Andreini. Paris, 1872.

Ribemont et Lepage. — Traité d'acc., 1894.

Simpson. — Tr. d'acc., 1844.

Schelling. — Centralblatt f. gyn., 1885, p. 417.

Thévenot. — Acc. art. par les voies nat. substitué à l'op. césarienne. Ann. de Gyn. t. X, 1878, p. 257.

Triare de Tours. — Arch. de Tocol., 1880-1881-1882. Gaz. des hôp., 1882.

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchements.

Tarnier. — Leç. publié in Gaz. méd. de Paris (mars 1894).

Verardini. — Bull. des sciences méd. Bologne, 1859.

Varnier. — Rev. prat. d'obst. et de pédiatrie. Sept. oct. nov.
1892.

Worcester. — Boston med. and surg. journ., 1883.

Weltrubski. — Wiener med. Presse, 1883, p. 1321.



